Revista de ciencias psicológicas y neurológicas

VOL. II No. 1 LIMA, MARZO 1965

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

PERSONAL DOCENTE

Profesor Principal	*Dr. Carlos Alberto Seguín*
Profesor Asociado	*Dr. José Max Arnillas Arana*
" "	*Dr. Renato Castro de la Matta*
" "	*Dr. Oscar Valdivia Ponce*
" "	*Dr. Sergio Zapata Agurto*
Profesor Auxiliar	*Dr. José Alva Quiñones*
" "	*Dra. M. A. Silva de Castro*
" "	*Dr. Alberto Perales Cabrera*
Encargado de la Coordinación	*Dr. Max Silva Tuesta*
Jefe Instructor	*Dr. Ethel Bazán Vidal*
" "	*Dr. Andrés Cáceres Bedoya*
" "	*Dra. Judith Calenzani Castillo*
" "	*Dr. César Delgado Hurtado*
" "	*Dr. Hugo Díaz Vásquez*
" "	*Dr. Enrique Ghersi Belaúnde*
" "	*Dr. Walter Griebenow Estrada*
" "	*Dr. Carlos Gutiérrez Ferreira*
" "	*Dra. Elia Izaguirre León*
" "	*Dr. Humberto Napurí Jordán*
" "	*Dr. Alberto Péndola Febres*
" "	*Dr. Saúl Peña Kalenkautzky*
" "	*Dr. Rubén Ríos Carrasco*
" "	*Dr. Oscar Ríos Reátegui*
" "	*Dr. Carlos Saavedra Suescum*
" "	*Dr. Hildebrando Salazar Inga*
" "	*Dra. Antonia Sánchez*
" "	*Dr. Francisco Vásquez Palomino*
" "	*Dr. Roberto Villalón Rodríguez*
Psicólogo Clínico	*Dr. Juan Antonio Robles*
" "	*Dr. Hilarión Tovar Narrea*

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

ASIGNATURA DE NEUROLOGIA

PERSONAL DOCENTE

Profesor Asociado encargado de la Asignatura	*Dr. Raúl Jerí*
Profesor Asociado	*Dr. Jacobo Silbermann*
" "	*Dr. Rodolfo Landa*
Profesor Auxiliar	*Dr. Manuel Pizarro*
" "	*Dr. Luis Aspauza*
Jefe Instructor	*Dr. Leoncio Acosta*
" "	*Dr. Pedro Ortiz*
" "	*Dr. César Sánchez Montenegro*
" "	*Dr. Eugenio Villar*
" "	*Dr. Luciano Vise*

REVISTA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y NEUROLOGICAS

ORGANO DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y DE LA ASIGNATURA DE NEUROLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Vol. II Nº 1 MARZO, 1965 LIMA, PERU

REVISTA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y NEUROLOGICAS

ORGANO DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y DE LA ASIGNATURA DE NEUROLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Vol. II Nº 1 MARZO, 1965 LIMA, PERU

CONTENIDO

ARTICULOS

Pág.

DOCUMENTOS

REVISTA DE REVISTAS

FAMILY CHANGE AND HEALTH

NATHAN W. ACKERMAN *

Revolutionary changes are sweeping the world. "In a few short years, the solidarity of the world order has vaporized into a nightmare of uncertainty" (Hansen). The impact on human relations patterns is pervasive and disorganizing. What is the present condition of the family? How did it get that way? How should it be? In our time, family relations are out of kilter. Following an upset, the family seems less able to restore balance, less able to right itself. The social disorders of family living deepen the vulnerability of the members to emotional and mental disorder. How shall we appraise the magnitude of this threat to our mental health?

Opinions differ as to the malady of the modern family. Some say that it is losing its time-honored meaning and purpose, that it shows signs of steady decay. Others insiste, by contrast, that most families are normal and healthy, that signs of breakdown are confined to a small part of the community, the so-called "hard-core" families.

Parson speaks of the "disintegration of transition". Mowrer tells of a "loss of family consciousness". Burgess refers to a shift from the family as a work group to the family as a companionship group. Mead says the American family is flourishing but fathers are in danger of losing their sense of adventure and their creative drive. Benedict, upholding the theory of cultural relativity, scolds behavioral scientist for their unwarranted worrry about the state of health of the American family. She scorns the idea that the family is in some special danger, and that it needs to be saved. She believes that such ideas may be dangerously

* Associate Clinical Professor of Psychiatry at Columbia University, Clinical Director and Research Psychiatrist of the Family Mental Health Clinic.

misleading. She states, "The family is (often) made the convenient whipping boy among many peoples who disapprove of the way their world is going". Within the covers of the same book * however, an exactly opposite stand is taken by another social scientist. Torres-Rioseco says that the family of Latin America is imitating the image of the North American family, which he believes is disintegrating.

At a symposium, held at the University of California, on *Man and Civilization: The Family's Struggle for Survival,* (1963) there were two sharply discrepant judgments: at one extreme, that the modern family is thriving, despite stress and strain; at the other extreme, that the modern family shows signs of disorganization and decay.

Thus it is evident that the experts disagree among themselves sometimes, with themselves. Interpretations of the significance of family change are confused. Will the family, *as we know it,* survive or die.

Perhaps the question whether the family will live or die, is incorrectly posed. The real issue seems to be, rather, the challenge to assay the social and emotional cost to the family, the threat to the emotional stability of its members as it struggles to adapt to a cataclysmically changing way of life.

Let us delineate the relevant questions: 1) What is the species-specific character of the human family, the uniform, constant and immutable features of the family entity which underlies all cultural differences: 2) What are the specific contemporary characteristics of family change; 3) What are the cultural variations in pattern and pace of change; 4) How far is the biosocial integrity of family preserved? Do the revolutionary social pressures of our time violate the essential species-specific pattern of the human family? 5) Which changes forced upon the family are adaptive? Which changes are maladaptive? 6) How shall we conceive the potential restorative feeling powers of the family unit? 7) How shall we define the impact of family change on the competence of family adaptation and on health?

It is clear at the outset that the nature of family change and the depth of danger to health varies in different parts of the world and in different cultures. It is equally clear that individual families or groups of families break down at different rates in different societies. Nevertheless, the institution of the family survives, however altered in form. When

* The Family: Its Function and Desting, edited by Ruth Anshen Harper & Bros. 1947.

the threat to the institution of family becomes magnified, society rises up to do something about it.

In Mexico and in South America, the paterns of change seem generally to follow the trends of the North American family. In Israel, in the Kibbutzim, while the community tends to take over the functions of the physical care and feeding of the child, the bond of parent with child is relied upon to protect the child's emotional stability. The early trend of extreme separation of child from parent is being modified. The pendulum swings back toward a recognition of the need to restore continuity of closeness of mother and infant.

In Russia, government policy on the question of stability of the marital bond has shifted from one extreme to another. After an early period of freedom in marital relations and divorce, there is now increased support for effective responsability to the marital and parent-child bond.

In China, early government decrees arbitrarily separated one part of the family from another, on the basis of the need for labor. Later, a large scale spontaneous resistance to fragmentation of the family compelled the government to alter its policy.

The rapid assimilation of the Western way of life in Japan, induced a high turbulence in the pattern of family relations. Now a reaction has set in to slow down the pace of change.

Rapid change in the social and political organization affects the family pattern and, in turn, the minimum standard for biosocial continuity of the family affects the social and political organization. The changes occurring in the family of Western society are pervasive. People marry earlier and separate and divorce more frequently. The nuclear family tends to get separated from the extended family. As a result, grandparents and other relatives lose significance. There is no pattern of sustained emotional support for the young mother, no built-in mother's helper. The family moves about frequently and has no opportunity to grow roots in the surrounding community. It is cut off from the traditions and problem-solving resources of the older generation. It loses its horizontal connections with potencial sources of support in the community. church, school, social agencies, etc.

Even in the so-called normal family where the members stay together under one roof we frequently see emotional alienation, a barrier to affection and to a sharing of identity, a reduced feeling of closeness. Some families that look firm on the outside turn out to be rotten on the inside,

faltering in their functions and failing to carry out their mission in preparing the next generation.

In their relations with wider society, people are confused and frightened. Each individual is thrown back upon his family group for the restoration of a sense of security, belongingness, dignity and worth. The family is asked to make up to its members in affection and closeness for the anxiety and distress that result from failure to find a safe place in the wider world. This puts an extra load on family for "togetherness". As far as I am able to observe, the contemporary Western family is poorly equipped to bear this added pressure. Togetherness is a grand and wonderful thing, but as families go today, many of us just don't find it. Even when it seems to be there, we can't take it and consequently we suffer what is euphemistically called a "Sunday neurosis". The very same person who craves the affection and closeness of family, experiences anxiety and mounting hostility when faced with it. People become alienated from their own emotions as well as the emotions of other family members. They seem to require more and more distance from people.

There is a parable by Schopenhauer which dramatizes the problem of distance between people. The parable compares social relations to the problem of two porcupines on a freezing day. Since they were freezing the wanted to move closer together, but soon they found they were hurting each other with their quills. Thereupon, they decided to move apart only to find themselves freezing again. Thus, the poor porcupines moved back and forth, freezing and hurting, until they finally found their optimum distance, at which they finally found their optimum distance, at which they could stay warm without hurting each other too much. In our day, the members of the family group have not yet found that optimum distance. Because the nations of the world have not yet discovered this optimum distance, we talk of the need for bomb shelters. So, too, at home within the single family, we find individuals building emotional bomb shelters against one another. Each member barricades himself against threat of destructive invasion by the other .

The intimacy and mutuality of family relationships grow thin. The symbols of authority, the standards of cooperation, the division of labor, become diffused. The roles of father, mother, child are not clearly delineated and each does not know what to expect from the other. One part of the family sets itself against the other. Sometimes one family function

is sacrificed for another. The balancing and harmonization of essentially family functions are impaired and the stability of family life is thrown into jeopardy.

Neither husband nor wife can take the allegiance of the other for granted. A man pursues the suicidal cult of masculinity: it is not enough to be a man; he must prove himself a superman. With the father away from home much of the day, the woman assumes control of home and children. This alters the balance of relations between male and female and brigs a change in the child rearing attitude. The father drifts into a peripheral, shadowy position within the home. The cult of "momism" takes over. But the woman is herself confused. She competes with the man, and yet feels deserted by him.

The emotional climate within the home becomes pervaded by mistrust, doubt and fear. Parents become unsure, unnatural, unspontaneous and stilted. Because of their insecurity and doubt, they vie with one another and compete with their own children. Sometimes there is a reserval of the roles of the generations, the parents acting like children, and the children turning into parents. Attempts at discipline are feeble and inappropriate. The parents fail to exert efective control over their children and they resort indecisively, weakly, artificially to devices of deprivation or so-called reasoning with a child. As parents, they feel almost totally impotent.

Parents also appear to be afraid to love their children. It is as if loving is losing something they need for themselves. They fear to sacrifice that which they need to spend on themselves. They project to the children unwanted qualities of their own, making scapegoats of their children who, in turn, make scapagoats them.

People have a difficult struggle holding their tensions and conflicts within themselves. Too often, they tend to discharge them against their environmet, leaning selectively upon irrational defenses such as projection, the substitution of aggression for anxiety, acting out, magic thinking, and the urge omnipotently to make over the real world. Such trends reinforce prejudice and irrational, destructive scapegoating.

Burgess has summarized these changes in the following way:

1. A downgrading of the authority of the parents.

2. A trend toward equalitarianism in the relations between man and female, with a relative decrease in the authority of the male.

3. Parental uncertainty.

4. A decline in the importance of the grandparents.

5. The irresponsibility of children.

Of special significance is the changed position of women, both in the family and in the wider community, as exemplified by their new-found place in industry and in the professions, their equal rights with men, their sexual emancipation.

There are minimum essential functions of the human family regardless of cultural diversities, which are necessary for human survival and growth. The family protects survival and security; it socializes its members so that they may appropiately fit into wider society. It does this by assuring the basic necessities of physical existence, food, clothing and shelter. Beyond that, it provides a bond of affection, it fosters interdependence and intimacy, it supports progressive degrees of autonomous development in the individual members, it provides a socially supportive union of male and female and assures the care of the offspring and the aged. It offers support for change, growth and for the creative development of the members. When these functions break down, under the stress of the tensions of the modern world, the result is extensive social disorder in the patterns of family living, and increased vulnerability to emotional and mental disorder. The toll in mental breakdown has mounted. It is obvious then that some of the changes in family pattern have been maladaptive. In order to understand these phenomena, we must take into account explicitly the resources of the family for restoring balanced functioning and healing the maladaptive responses.

The integrity of the family unity is meaningful only within the dimension of social time. The sense of integrity is linked to the quality of continuity of family experience through the sequential stages of evolution of family. What the family stands for, its unique identity and its wholeness must offer to the members the security of being relatively predictable. What we are dealing with, therefore, is a dynamism of continuity within change, change within continuity. This is the essence of the principle of homeodynamic stability of family. We must therefore conceptualize continuity and predictability of experience within this broader context of the family's capacity to change, learn and grow.

For a family to maintain its homeodynamic balance, to safeguard its integrity, continuity and its flexible capacity to adapt to change, to learn to grow, it must mobilize its resources so as to carry out its essential purposes and functions and to balance these in a way that is appropriate both to its inner emotional life and to the external conditions of the surrounding community. The balancing mechanism of family is a function of exchange, a regulation of intake and output between family and its members and between family and the wider community. The pattern of regulation and balancing of the family is mirrored in a corresponding constellation of family relationships and relationships of family to community.

When the capacity of balance is tossed into jeopardy, the stress mounts, the family moves toward crisis. A crisis in a family may be defined as a condition of acute stress which mobilizes the resources of the family toward a coping with a threat of disunion, discontinuity and disintegration. The emergence of such danger intensifies family conflict, a clash of interest and striving concerning what the family is or ought to be, or ought to do to serve the needs of its members. Critical conflict throws the continuity of family into jeopardy. In Chinese, the term "crisis" carries a dual meaning: danger, plus new opportunity. The outcome hinges on what the family does with both aspects.

A crisis in family life may be either bening or malignant. Every family passes through a form of crisis in the phases of transition from one stage of family development to the next. This may be regarded as normal. We refer here to the inevitable intensifications of stress, the facing of new problems and conflicts which emerge as the family matures through time, and accomodates to new conditions of living in every stage of its life cycle. The successful adaptation of family to these sequential experiences of crisis are a part of family growth. But we are more especially concerned here with the malignant forms of crisis which menace the unity, integrity, continuity and growth of the family; in other words, the types of crises that lead by stages of malfunctioning, failure of adaptation and breakdown, both social and psychological.

The conditions which move a family toward malignant crisis are (1) inappropriate, unreal, unbalanced or perverted family goals and values; (2) the failure of the resources for coping with crisis; (3) a destructive invasion of the inner life of the family by outside forces. Conditions of this kind are aggravated when the danger facing the family is denied, obscured, misperceived or distorted; when the resources for coping within

the family are weak and inadequate; when there is a lack of strength, maturity and realism of the family as a whole and in tis individual members; (4) when there is a failure to mobilize the supportive resources and maximize opportunities that may be available in the surrounding community.

The conditions that favor effective coping with family crisis are the following: (1) the maintenance of family integrity, that is, the representations of family identity, goals and values are appropriate, realistic and flexible; (2) the continuity of family is preserved by the mobilization of resources adequate to coping with the danger; (3) family performance is commensurate with family identity and goals; (4) the family accomodates appropriately and flexibly to change.

Coping with crisis may be examined at three levels: (1) the strength and wholeness of the relationship patterns of the family; (2) the competence of individual members; (3) the adaptation of family to wider community.

Effective coping means that the identity and striving of family must be congruous with the tradition and background of the family group, the composition and quality of its members. This depends on the maturity and realism of the family, its ability to muster unity, cohesion and loyalty for an effective struggle with the problems and conflicts, both inside and outside. Such struggle requires a correct and realistic image both of the danger and the opportunities which exist, inside and outside the family. It means finding the appropriate level of belongingness of family to community on the one hand, and the assertion of those unique qualities of family and individual character, if need be, against the pressure to conform in a stereotyped way. In this context, a family struggling with crisis is challenged to discover the appropriate balance between conformity and assertion of family identity in relation to the pressures of the surrounding community.

When the coping with crisis fails, there are increasing symptoms and signs of breakdown: 1) loss, sacrifice or distortion of essential family functions; 2) deformation of the love bond of family; 3) loss of control and disorganization; 4) fragmentation of the family; 5) increasing manifestations of both social and emotional disorder. By stages, breakdown of the family unit, leads first to social disorganization, ultimately to mental disorganization.

Crisis situations in family life may be acute, transitory and reversible, or they may be chronic, persistent and irreversible. Where the

resources of family are inadequate, often there is a tendency to move into a condition of chronic crisis, or rapidly recurring acute crisis situations. The manifestations of persistent and irreversible family crisis are 1) the failure of complementarity in family relationships and increasing disorders of family role interaction; 2) reduction and constriction of need satisfaction; 3) a contagious spread of anxiety, reproach, blame and aggression; 4) impaired contact and communication; 5) the splitting up of the family into warring factions; 6) the progressive distortion and failure of essential family functions.

In weighing the effects of a failure of coping with family crisis, it is useful to conceptualize in more specific terms the range of psychosocial defense operations of family. These may be enumerated as follows: 1) the enhancement of the adaptive competence of the family group and a heightening of the level of health of family relationships. In particular, this means an enrichment of the affectional bond among family members, an enhancement of love, loyalty, sharing and identification. It means a sharper, clearer allegiance on the part of all family members to family identity, it means also an enhancement of the complementarity of family relationships and respect for individual difference; 2) repeopling of the family group, the elimination of a member or the addition of a new member; 3) a change of environment; 4) the mobilization of external support for family integrity, continuity and growth. This may come in the form of social service, psychotherapy, religious guidance, etc. 5) a spiritual rebirth and enhancement of family health, following recovery from an acute crisis (a family death); 6) a change in the configuration of family role relationship brought about through a shared solution of conflict and the mobilization of new growth; 7) a reduction of intensity of conflict through compromise, compensation, denial or escape; 8) rigidification of roles; 9) fluidification of roles; 10) a shift in alignments and splits within the group and prejudicial scapegoating of one part of the family by another.

The enumeration of this series of protective psychosocial operations of the family group which we call family defence indicates that they fall into two categories, the types of defense that involve a reorganization of the internal life of the family to favor coping effort, or a reorganization of the family's adaptive relations with the external community so as to increase the likelihood of mobilizing the needed kinds of support from the outside. It is also from the formulation of these family defenses that they can be arranged in a hierarchical series moving from the more

healthy to the more sick levels of defense. When the defense operations are on the unreal and inappropriate side, they tend of themselves to decompensate and thereby release all the symptoms and signs of a disabled or crippled or broken family.

In examining a family's struggle to surmount crisis and restore functioning to a required level of competence and health, it is possible to distinguish these efforts in terms of different qualities of healing, healthy and full healing, partial healing and pathological healing.

The conception of healthy vs. pathological healing is borrowed from the field of surgery. In the healing of wounded tissue, the surgeon draws a distinction between the healthy healing of tissue and the pathological healing of tissue. Pathological healing often brings unfortunate complications: a degree of disabled functioning, deformation or disfiguration of a part of the body; it may cause deficient blood supply, pallor, discoloration of skin, scarring or keloid. In other words, thinking in terms of the anatomy and physiology of the body, an organ or an area of wounded skin may undergo an abnormal kind of healing which permanently mars the structure and appearance of a part of the body; it leaves some measure of crippling and impaired functioning. This concept may be applied by way of analogy to the healing of family stress. The healing of a family of the effects of crisis may be healthy and relatively complete, with no permanent residue of damage to structure and function. The healing may be partial and yet of adequate healthy quality. Or the healing may be pathological causing some deformation of structure and appearance and also some type of disabled functioning.

Healthy healing implies an optimal restoration of the appropriate structure and function of the family group. It represents an effective correction of the trends toward disablement, disorganization and disintegration of the social and emotional life of the family unit. It may also incite a spurt of the family toward further growth, bringing an enhancement of the wellbeing of the family as a group and of its individual members.

Healthy healing implies the establishment of the pattern of family life that leaves behind no residue of significant damage.

The symptoms of pathological healing may be reflected in confusion, conflict and quarrels, lack of fit among the family members, loss of purpose, an a range of complaints. All or most family members lament their condition, they complain of being unhappy, unsatisfied, frightened, angry, lonely, bored and empty. They do not derive from the belonging-

ness to family that which they need for the support of their own lives as individuals.

In various ways, the signs and symptoms of a crippled family that has failed to right itself after an upset are unmistakable. When this occurs, there is a selective distortion of family relationships and family functions. There is a disillusionment in the dignity, strength and worth of the family as family, and there is an undue reliance on compensatory association with outside persons.

In many ways, the integrity and stability of the modern family are in jeopardy. Significant issues of health are involved. To assure continuity, the larger community needs to assume responsibility in coordinating the goals of family and society. It needs to protect and enhance the potentials of spontaneous and healthy healing of family disorder.

EL CURANDERISMO EN LIMA *

El Procedimiento Curanderil frente a enfermos psiquiáticos

Max Silva**
Rosario de Silva***
Raúl Morales****
Teodoro Del Pozo****

INTRODUCCION

Entre las actividades escondidas e ilegales que se practican en Lima está el curanderismo, es decir, siendo Lima lo que es, un curanderismo citadino, diferente a aquél que se realiza en pueblos no aculturados, como rezago de la medicina primitiva y, a la vez, como suplencia de la falta de atención profesional de los enfermos.

El curanderismo, sin embargo, no es privativo de Lima en cuanto población, digamos, civilizada; se da incluso en lugares preciados como matrices culturales. ¿Quién desconoce a famosos curanderos de famosas ciudades europeas? No se quiera explicar, pues, la existencia del curanderismo en Lima por razones de anquilosamiento cultural. Son tan numerosos y disímiles los factores que lo sustentan en lugares donde ya no se justifica su existencia, que sólo cabe señalar que es una de "las contradicciones de modernidad y tradición que se dan en nuestro caótico medio" (16).

---

* Trabajo presentado en el Tercer Congreso Latinoamericano de Psiquiatría.
** Jefe Instructor del Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
*** Profesora de la Sección de Psicología de la Facultad de Letras de la Universidad Católica de Lima.
**** Estudiantes del Quinto año de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

De curanderismo se habla mucho y se estudia poco. Creyentes o incrédulos de su efectividad despliegan fantasía y realismo en sus argumentaciones. Tema de ciencia y de ficción, aunque no de ciencia-ficción, porque ésta se proyecta al futuro y el curanderismo viene del pasado y se le trata de estancar en el presente. Con todo, no pierde su vigencia y la conservará mientras no se esclarezca su problemática. De ahí la justificación de este estudio que, de ningún modo, pretende dicho esclarecimiento, aunque sí merodear su verdad.

Hubimos que acercarnos a este fenómeno —por lo menos suponemos eso— libres, en lo posible de prejuicios, sin actitud enjuiciadora y sin negarle, también, desde un comienzo, algún efecto beneficioso. Lo contrario hubiera pecado de un criterio civilizado extremista, nublador de realidades. No son pocos los que tienen fé en los curanderos, quienes, por lo menos a ellos, alivian enfermedades, cuando no otros, incluso médicos. Por otra parte, nadie puede negar los beneficios que causa la sugestión en el proceso curativo, porque aquélla es uno de los ingredientes de éste. Y es la sugestión, a elevadas dosis —ya veremos—, lo que administran los curanderos, acaso sin intención.

OBJETIVOS

Este trabajo fue realizado para descubrir y esclarecer el procedimiento de los curanderos de Lima cuando atienden con intención terapéutica a pacientes psiquiátricos. Subsidiariamente se estudiaron determinadas características del curandero y del lugar donde ejerce su oficio, incluyendo calidad y cantidad de su clientela, los acontecimientos principales de la consulta, las creencias y actitudes del curandero respecto al enfermo y a la enfermedad psiquiátricos, lo mismo que la retribución económica que señalan por su actuación curanderil.

MATERIAL Y METODOS

En esta investigación se ha trabajado con 42 curanderos de Lima, con quienes no se empleó ninguna pauta de selección; bastó encontrar respuesta afirmativa de los informantes cuando se inquirió si conocían a personas que curaban enfermedades, sin ser médicos; exceptuando sólo a los que atendían, si se quiere llamar así, en forma ambulante; por ejemplo, en puestos aledaños a los mercados o porque señalaban atender sólo "a domicilio" (Ver fotografía Nº 1). Esto, porque no se adecuaban al

molde de indagación prefijado. Por eso, de los 42 curanderos entrevistados, para referir las conclusiones, sólo vamos a considerar a 35, que fueron estudiados en su propio habitat.

El método utilizado fue la observación participante. Los observadores fueron un psiquiatra, una psicólogo y un grupo de alumnos de medicina y de psicología del último año de estudios, quienes, por parejas, participaron directamente en todos los acontecimientos suscitados por la "consulta" que ellos hicieron a cada curandero. Uno de los observadores aducía tener una enfermedad psiquiátrica definida y el otro pasaba como "familiar acompañante".

Con el fin de exponer la enfermedad de acuerdo a como ésta se presenta en la realidad, los supuestos enfermos simularon —según el caso— *la sintomatología básica extraída de historias clínicas de pacientes atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima*. Específicamente, las siguientes enfermedades que figuran en la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana de 1952, fueron presentadas:

1) Reacción psiconeurótica angustiosa.
2) Reacción psiconeurótica depresiva.
3) Reacción psiconeurótica obsesivo-compulsiva.
4) Reacción psicótica aguda indiferenciada.
5) Reacción psicótica paranoide (estado paranoide)
6) Alcoholismo.
7) Síndrome cerebral crónico asociado con desorden convulsivo. (Grand mal)

Una misma enfermedad fue presentada a cinco curanderos diferentes, con la finalidad de comparar sus procedimientos.

El número total de entrevistas fue de 81 y, por curandero, variaron entre 1 y 5 en las siguientes proporciones: 1 consulta 11.4%, de 2 a 3 consultas 80% y de 4 a 5 consultas 8.6%. Los casos de consulta única se debieron a que, al volver, ya no se encontró al curandero (adujeron viaje, cambio de domicilio, o llanamente se negaron a recibirnos).

Para facilitar y sistematizar la observación, ésta tuvo como referencia comparativa los procedimientos y la secuencia de una consulta profesional: Toma de anamnesis, exámenes físicos, exámenes auxiliares, diagnóstico, tratamiento, etc. Después que se obtuvo espontáneamente los datos, se buscaron otros con preguntas oportunas y pertinentes como ¿qué es lo que tengo? ¿a qué se debe mi enfermedad? ¿cómo me voy a curar? etc.

Antes de exponer los resultados, vamos a reseñar muy escuetamente el núcleo sintomático de cada una de las enfermedades consultadas.

Rección psiconeurótica angustiosa.—Paciente de 25 años de edad, natural de Lima, costurera. Desde hace dos semanas, aproximadamente, sin motivo aparente, tiene una sensación de "inquietud" que le impide realizar sus labores y, más bien, le suscita "deseos de salir corriendo". Se ha tornado irritable y "todo me aburre". Por momentos tiene palpitaciones, "temblor en todo el cuerpo", sensación de ahogo concomitante a "un temor" que ella no sabe explicar a qué cosa. "Quien sabe temor a morirme". Este estado es cada vez más intenso y permanente, no encontrando alivio "con nada".

Reacción psiconeurótica depresiva.—M.L., de 28 años de edad, natural de Huánuco, casado, textil. Desde que supo que su esposa mantenía relaciones eróticas con un antiguo enamorado, "cambió mi modo de ser". Se tornó colérico, al extremo de sentir ganas de "hacer explotar el mundo entero". Desde hace un mes, siente desgano ("apatía"), aburrimiento, tristeza, sentimiento de soledad, "y cuando ya no puedo más, lloro". Además presenta insomio, anorexia, molestias dispépticas y dolorabilidad en región precordial.

Reacción psiconeurótica obsesivo-compulsiva.—R.S. de 31 años de edad, limeña, soltera, textil. "Me vienen malas ideas, doctor, ideas que son pecados. Cada vez que miro un crucifijo o pienso en el Señor, me imagino su cuerpo, cómo sería desnudo, pienso en sus órganos sexuales. Creo que lo que me está pasando es anormal, porque Dios no puede ser hombre; pero pienso aunque no quiero cómo sería Cristo vestido de hombre. Estas ideas son contra mi voluntad, no quiero pensar en todo eso; pero aunque me esfuerzo para evitarlas aparecen en mi mente. El mismo día comenzaron a ocurrírseme "malas palabras", sin que yo quisiera. Las lisuras se me vienen contra Dios mismo, es algo que no puedo dominar. Mi confesor me dijo que cada vez que me vinieran esas ideas y palabras malas dijera tres veces: "Sagrado Corazón de Jesús, en Tí confío". Ultimamente ya no surten efecto las Jaculatorias; es peor. También hago penitencia de dormir sobre tablas. Todo esto me hace sufrir, es algo que no puedo dominar".

Reacción psicótica aguda indiferenciada.—J.A. de 19 años de edad,

natural de Arequipa, soltero, portapliegos. Su hermana relata que el paciente, "el domingo, estando dormido se despertó de pronto llamando a sus hermanas. Se le notaba intranquilo y decía que veía un enorme animal en el techo. Empezó a hablar "tonterías", cosas sin sentido, que no venían al caso. Daba golpes en la pared, trataba de destrozar todo lo que encntraba, se apretaba el estómago y lloraba. Ni siquiera había tomado licor para pensar que eso fuera. Salió varias veces del cuarto, corriendo; salió hacia la calle, intentó subirse en el monumento "Dos de Mayo", exigía que llamen a unos fotógrafos de los periódicos para que le retraten llorando". El paciente mismo refiere: "Me siento enfermo desde hace dos meses. Comenzó con dolor de cabeza. Estaba preocupado, en mi colegio y en mi trabajo. Yo tengo que trabajar para mi hermana, porque su esposo la abandonó con hijos; por eso estaba con mucha cólera. Me acosté así. Después no sé qué pasó. Me desperté, hablaba sólo porque de mi trabajo también tengo mucha cólera; vi una lechuza, claro, me asustó porque en mi tierra ver eso es anuncio de desgracia. Estuve muy mal, como loco... Escuchaba al mismo tiempo por cada oído a dos personas que hablaban, una por este lado (derecho) y a otra que hablaba por el otro oído (coge el izquierdo)".

Reacción Psicótica Paranoide (estado paranoide).—M.C. de 23 años de edad, natural de Chiclayo, soltero, mecánico. Hace aproximadamente un año que se ha dado cuenta que la gente que trabaja con él ha comenzado a hostilizarle "de una manera sospechosa porque cuando paso cerca de ellos se miran y ríen, hacen ademanes como queriéndome decir que soy homosexual" Cree el paciente de manera irreductible que ésta y otras muestras según él de hostilidad a su persona "están planeadas para hacerme aburrir y yo, desesperado, renuncie el trabajo".

Alcoholismo.—J.C., de 26 años de edad, natural del Callao, casado, albañil. Consultó porque deseaba curarse del "hábito de tomar". "Me emborracho, doctor, desde los 18 años... antes sólo cuando había fiestas, ahora por cualquier pretexto... de 2 a 3 veces a la semana. Tomo cerveza... 'caigo' con 6 botellas, me vuelvo regañón y trompeador, por ésto y por la situación económica en que me encuentro quisiera curarme".

Sindrome cerebral crónico asociado con desorden convulsivo (grand mal) R.S. de 19 años de edad, natural de Lima, soltero, panadero. Hace

medio año sufre periódicamente crisis convulsivas: "Me caigo, doctor, perdiendo el sentido, no sé qué me va a pasar algún día porque me caigo en cualquier sitio... Si doctor, es de un momento a otro, ¿Antes?. Bueno, tengo mareos y, ahí no más, pierdo el sentido. Dicen que me muevo como una ave que está por morirse, pataleo, así (realiza actitudes corporales de movimientos tónico-clónicos), una vez no más me mordí la lengua, bien feo... Así estoy como muerto durante media hora, más o menos. Me despierto aturdido; a veces no sé dónde estoy y qué me ha pasado, pero después me doy cuenta de todo otra vez, me duele la cabeza y el cuerpo me queda apaleado. Esto me ha sucedido unas siete veces. Alguna vez me dió dos veces a la semana; después en cada 20 días, no he calculado bien, pero es más o menos así.

RESULTADOS

El Curandero

Según los resultados de esta investigación, a la actividad curanderil se dedican personas de ambos sexos, sin predominio relevante de ninguno; así, 53% de los curanderos estudiados pertenecen al sexo masculino, y el restante al femenino. Todos ellos oscilaban, aproximadamente, entre los 40 y los 70 años de edad, estando el 50% entre los 40 y 50 años.

Por otra parte, se acusa un predominio de curanderos con tendencia a la constitución pícnica. Pertenece a este grupo el 47% de la muestra; en proporciones menores se encuentran los de apariencia normosómica (27%) y leptosómica (26%).

El mayor porcentaje de ellos (64%), pertenecía a un nivel socioeconómico bajo. Se tomaron como criterios diferenciadores de este señalamiento la ubicación y el aspecto externo e interno de la vivienda, la apariencia personal, la amplitud y propiedad del lenguaje, las creencias y las actitudes del curandero. (Ver fotografías Nº 2 y 3)

El 'consultorio"

El lugar utilizado como consultorio se hallaba en la vivienda misma del curandero en un 65%, habilitándose un cuarto para tal finalidad en el 40% de esta modalidad. El 60% restante las consultas se realizaron



FIG. Nº1—Curandera "Ambulante". A la vez diagnostica y prescribe. Chaccha mientras espera sus clientes. El banquito es para que éstos se "pongan cómodos". En el cuadro central se puede leer toda clase de promesas curativas.

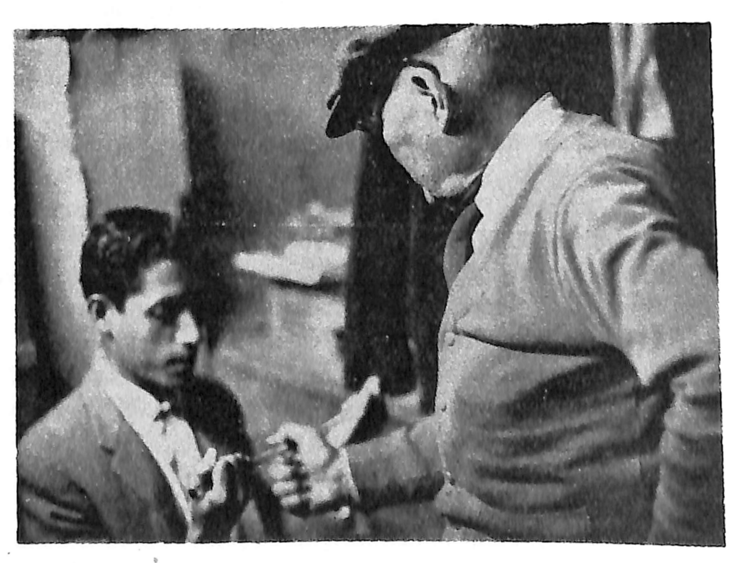
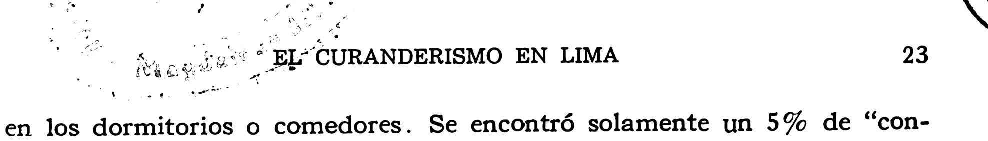


FIG. Nº2—Un momento del ritual de la varilla. Fíjese en la apariencia del curandero, persona de edad avanzada y su tendencia constitucional aproximada.



en los dormitorios o comedores. Se encontró solamente un 5% de "consultorios" independientes.

Estaban situados, en un 77%, en barrios populosos como el Porvenir o el Rímac, sobre todo en este último; el 18% en lugares céntricos de la ciudad y el 5% en barriadas.

Estos consultorios-vivienda eran en un 53% independientes o departamentos, de dos a tres habitaciones y de limitadas comodidades y servicios. Un 44% estaban situados en callejones o corralones, casi siempre de 1 a 2 habitaciones de acusada pobreza. Sólo un 3% de la muestra total presentaba signos exteriores de solvencia económica.

Se presenta en el 49% de los consultorios una ornamentación recargada de elementos religiosos, tales como estampas, efigies y como en un caso, altares; o a los que popularmente se les atribuye cualidades mágicas, que podían ser animales, plantas, objetos diversos, como biombos decorados o cortinajes de colores llamativos y de grandes tamaños. Preséntanse dichos elementos en menor cuantía en el 26% y sin valor significativo en el 15%. Se encontraba a la vista, en un 51%, material utilizado con fines terapéuticos, tales como hierbas, raíces, cortezas de árbol, animales macerados y otros. (Ver fotografías Nº 4 y 5). Todo esto da, según nuestro entender, lo que Valdizán señaló como "el prestigio del ambiente misterioso en que tales curanderos ejercían su oficio", refiriéndose a los de la época colonial, que les permitió, en parte, "la reputación de infalibilidad que para nosotros quisiéramos los médicos a juzgar posible la infalibilidad profesional". (17)

La consulta

Por lo general, la actitud confiada de los curanderos permitió realizar las entrevistas sin dificultad. Sólo en el 11% se encontró suspicacia que, a veces, los llevaba a realizar preguntas inquiriendo por las personas que habían remitido al "paciente" o negando en un primer momento su actividad espuria.

Las consultas, cuando tenían finalidad diagnóstica, podían realizarse en cualquier día de la semana y tenían una duración de 30 a 40 minutos, en un 24%, de 40 a 60 minutos, en un 43%, y más de 1 hora en un 33%. Para aquéllas realizadas con intención terapéutica, un 27% de los curanderos escogió los martes o viernes, señalando que estos días eran favorables para ello.



FIG. Nº 3—Una muestra de la clientela numerosa de uno de los curanderos, además de los que se encuentran apiñados en la "Sala de espera". Aquí puede verse también el ambiente pobre en que se realiza estas prácticas.



FIG. Nº 4—Zábila (aloc) en la puerta de entrada de un "consultorio curanderil". Lo colocan para "que no entre el Daño" o para preservarse de los malos espíritus. Más abajo de ella, una inscripción de "Venta de hierbas medicinales" ("con licencia Municipal")".

Del total de entrevistas, se realizaron un 6% en privado, un 53% con el paciente y el "familiar acompañante" y en un 41% con la presencia de otras personas como parientes, ayudantes y otros clientes del curandero.

Un 10% de los curanderos señalaron que las consultas debían ser dos veces a la semana, un 61% semanales y un 11% quincenales; el 22% no especificaron. Sólo un 30% de las consultas fueron realizadas previa cita.

La clientela observada en los consultorios fue variada en cantidad: de 1 a 6 personas en un 40%, de 7 a 15 en un 30% y de 50 a 60 en un 6%; lo último en lugares que atendían principalmente a niños, según los curanderos, atacados de "susto" (Ver fotografía Nº 3). En un 4% de los consultorios no se encontró clientes al momento de nuestra visita. En cuanto a la calidad, en su totalidad, por su apariencia, pertenecían a las clases sociales media y, sobre todo, baja; más mujeres que hombres, lo mismo que, como ya señalamos, gran cantidad de niños. Cabe señalar que, si esta vez no se encontró clientela más "diferenciada", ello no niega que tal existe. En Lima, se sabe, sucede lo que en otros lugares: "Estas costumbres —de la medicina popular—... penetran hasta los estratos más altos de la sociedad colombiana actual" (11).

Los curanderos recaudaron sus honorarios en tres formas: el 80% cobró por cada consulta, el 11% indicó un precio determinado por todo el tratamiento y el 3% advirtió que sólo cobraban por los materiales terapéuticos, el 6% restante atendió gratuitamente, aunque en el 3% de éstos se averiguó que a los otros pacientes les cobraran. En la primera forma cobraron de 10 a 20 soles en el 70%, de 30 a 50 en el 20%; a discreción del paciente en un 10%. Los precios señalados por los curanderos que cobraban globalmente oscilaron entre 400 y 3,000 soles, por "tratamientos especiales", según advirtieron. En un 37% cobraron, aparte de la consulta, por los remedios suministrados.

EL PROCEDIMIENTO CURANDERIL

Sin olvidar la "clasificación de los practicantes ilícitos de la medicina" que realiza Sal y Rosas (14), agrupamos a los curanderos, de acuerdo a los hallazgos de la presente investigación, en dos tipos: Los que emplean procedimientos y materiales privativos de la actuación curanderil —éstos ocupan el 64% de la muestra—, y los demás (36%) que

toman, en mayor o menor grado, recursos que remedan a los que emplea el médico en su labor profesional.

I.—*Procedimiento propiamente curanderil*

El análisis de este procedimiento permite descubrir en él tres etapas principales que hemos denominado: 1) El arribo mágico-religioso, 2) La conquista emocional y 3) La actuación mágico-terapéutica.

El arribo mágico-religioso comienza en el primer enfrentamiento del paciente con el ambiente curanderil. La ornamentación recargada con elementos religiosos —a veces imponentes—, y otros a los que se atribuyen poderes mágicos, que, como ya vimos, se presenta en la mayoría de los "consultorios", crea, juntamente a la calidad cuasi esotérica del curanderismo, sino con finalidad premeditada, intuitivamente lograda, un ambiente que produce un impacto en las estructuras más profundas del inconsciente del enfermo, removiendo dos de sus pilares básicos: el mágico y el religioso.

La conquista emocional consiste en el logro del curandero de un ascendiente sobre el enfermo, facilitando así su actuación posterior. Esto se realiza por tres medios diferentes:

1.—*Medios intrínsecos.*—Los que no dependen de la acción directa o voluntaria del curandero, más bien de su edad y ciertas características físicas y mentales. El 100% de los curanderos frisan o sobrepasan lo que se llama la edad madura. La experiencia, que es atributo reconocido a las personas de edad avanzada, facilita en este caso lograr un ascendiente psíquico sobre los demás.

El predominio de curanderos con apariencia constitucional pícnica (47%), ya expuesto, habla de características relacionadas a la afectividad y a la comunicación, ingredientes importantes en el procedimiento curanderil en cuanto facilitadores de él.

2.—*Medios extrínsecos.*—Estos son mayormente manejables por los curanderos y tienen como denominador común la suscitación de prestigio de ellos. Señalamos los siguientes:

a) *La actitud.*—Con el contacto seguro que establece el curandero

con el paciente, además de cierta actitud de superioridad y postura de buen conocedor del oficio que muestra el curandero, éste, en lenguaje pre-verbal, está expresando su capacidad.

b) *La auto-valoración.*—Las referencias al propio valer se encontró en el 29% de los curanderos estudiados, la exhibición de diplomas o poderes en un 26%. La propaganda en forma de folletos o volantes en un 10%.

c) Por otro lado, en el 89% de los casos puede hablarse de una ganancia de prestigio indirecta, al realizar el curandero *frente al paciente* actos y rituales que implican, según el criterio supersticioso, poderes mágicos y posibilidades esotéricas.

Todos estos medios son explotados por los curanderos, repetimos, intuitivamente y en mayor o menor grado, y muchos de ellos dedican gran parte de las primeras consultas a esta finalidad.

3) Además, hay un factor que favorece la conquista emocional sumado al arribo mágico-religioso y ajeno al curanderismo mismo: es la disposición emocional con que el enfermo se acerca a aquél. El peligro real o aparente que implica toda enfermedad provoca angustia, condicionando en el paciente una actitud receptiva y de fácil entrega a quien le ofrezca ayuda, mas aún si consideramos la calidad de la clientela de los curanderos: Somos injustos cuando afirmamos que a ellos acuden sólo los ignorantes, allí también se encuentra al batallón de desengañados de la ciencia médica. Es su última posibilidad.

La actuación mágico-terapéutica.—Suscitado el condicionamiento psíquico necesario en el enfermo, viene la etapa nuclear del procedimiento curanderil que consiste en el empleo del elemento más perfeccionado de éste, es decir, la actuación mágico-terapéutica, con finalidad de obrar sugestivamente sobre él a niveles profundos, apuntando fundamentalmente a los núcleos mágico y religioso de su psiquismo. Dicha actuación implica el diagnóstico y la terapéutica.

EL DIAGNOSTICO

En el procedimiento curanderil, por ser éste primitivo o empiríco. no interesa conocer mayormente la naturaleza del mal que aqueja al paciente; de este modo, su intención es principalmente terapéutica, de

ahí que dicho procedimiento cumpla, simultánea y confusamente, finalidades diagnóstica y terapéutica, como se vió en el 21% de los casos. Sin embargo, se han hallado recursos exclusivos de diagnóstico en un 35%; entre estos últimos citamos:

1.—*La cartomancia.*—O sea la adivinación de la enfermedad según la calidad atribuída a los naipes y su orden de aparición, resultando de ello una configuración que es interpretada, si bien con algún ingenio circunstancial, arbitraria y caprichosamente. Por cierto que, este medio de llegar al diagnóstico es utilizado, como tal, subsidiariamente y tiene una connotación más de "sorteo" o "adivinación del presente y porvenir por medio de las cartas" (7), y, en consecuencia, de la *enfermedad actual* (presente) y de su pronóstico (porvenir). (Ver fotografía Nº 6)

2.—La interpretación del diagnóstico en hojas de coca y por la ceniza y el humo de cigarrillo fumado por el curandero.— Este dice "leer la enfermedad" en dichos elementos, según su morfología o disposición, cuando son esparcidos. Está en lo cierto David Frisancho, cuando afirma que "esas hojas secas (las de coca), de variado tamaño, colorido y forma, algunas arrugadas y otras semideshechas son como las cartas de una baraja de naipes que sirven para leer el presente, el pasado y el futuro" (6).

3.—La consulta espiritista.—En este caso el curandero dice consultar a espíritus, quienes le darán el diagnóstico. Se comunica la sintomatología al curandero, que serviría a modo de intermediario, y éste, al día siguiente, refiere al paciente el diagnóstico. En uno de los casos de epilepsia, el diagnóstico dado, por este "método" concordó con la sintomatología expuesta, e incluso la curandera derivó al "paciente" donde un neurólogo, todo lo cual despierta la sospecha, o mejor, la certidumbre de la actuación medianera de un médico o estudiante de medicina no muy espiritual.

Entre los procedimientos diagnóstico-terapéuticos están "la limpia del cuy" y "la soba del huevo" que tienen en común el frotamiento del cuerpo o una región corporal del paciente con los elementos citados, los que poseen, según los curanderos, la propiedad de absorber la enfermedad, liberando de ella al paciente (acción terapéutica). El diagnóstico se hace analizando el contenido del huevo o del cuy, "modificado" por efecto de la enfermedad. Por ser los medios más comunes empleados por los curanderos, vamos a exponerlos en seguida, detalladamente.



FIG. Nº 5—Material religioso abundante en uno de los "consultorios" curanderiles.



FIG. Nº 6—Cartomancia.—La actitud del curandero (que se hace llamar "astrólogo") es de quien pone sumo interés en el caso. A su costado se nota una parte de la gran cantidad de libros que tenía en su "consultorio".

La limpia del cuy: Se frota el cuerpo desnudo del paciente desde la cabeza hasta los pies, tanto la parte anterior como la posterior, con el animal vivo, procurando que en el frotamiento correspondan partes corporales homólogas del animal y del paciente, es decir cabeza con cabeza, pecho con pecho, etc. La curandera coge al animal con una mano la cabeza y las patas anteriores del cuy y con la otra mano las patas posteriores. En esta posición hace con el animal una cruz en el aire, diciendo "en el nombre del Señor". Luego empieza frotando la cabeza y al pasar por la frente, la curandera, en quechua, dice: "Dios ayude para que saque el mal". Termina el procedimiento rezando la operadora el Padrenuestro y el Credo e indicando a la paciente que expire su aliento a la boca del cuy abierta por ella. El paso siguiente es "el estudio del cuy", realizado delante del paciente. La curandera abre la región tóraco-abdominal del animal vivo. La sangre que mana es vertida en una vasija que contiene agua. El aspecto de las vísceras y de la sangre en el agua da los indicios del diagnóstico que no se limita a lo consultado. Así, la curandera puede diagnosticar anemia, amígdalas inflamadas, además del diagnóstico principal, daño o susto. Estos diagnósticos secundarios son expuestos luego de hacer preguntas sugerentes a la enferma: "¿Sufre de las amígdalas, no?", etc.

El cuy debe ser del mismo sexo que el paciente y ser "joven" o "viejo" como el mismo. Después del frotamiento el paciente no debe exponerse al aire o se le echa una sustancia líquida en el cuello "para que no le de el aire". La enfermedad que "extrae" el cuy del cuerpo del paciente puede llegar hasta el curandero el cual siente sofocación, agotamiento y malestar general, lo cual es contado al paciente, agregando "¡Qué fuerte es su enfermedad!"

La soba del huevo consiste en la frotación del cuerpo del paciente o de una región corporal determinada con uno o dos huevos de gallina. Este procedimiento tiene doble finalidad: para extraer la enfermedad y, ésta una vez fijada en el huevo, permite al diagnóstico, examinando ciertas particularidades del contenido del huevo vaciado en un recipiente con agua. "Mire Ud., qué hay allí —dice la curandera a la paciente, señalando la yema de huevo—, ¿no ve como una punta redondeada? —es un grumo—, pues el huevo ha sacado un tumor". Después la curandera, repitiendo el nombre de la paciente remueve el contenido del recipiente, con un cuchillo y luego, con éste, "corta" el líquido "en cruz" tres veces. ("Curación del huevo" y consecuentemente de la enferma).

Esta mezcla, a medianoche, en un *crucero* de calle se echará hacia atrás de quien lo haga y sin que éste voltee a mirar, so pena que el "espíritu de la enfermedad caiga sobre ella". Este procedimiento se realiza tres veces: "Tienen que ser seis huevos —indica la curandera— para saber lo que Ud. tiene y 'curar' los huevos".

El huevo debe ser "del día" y la soba por la general debe realizarse los martes o los viernes. Luego de la soba, el paciente no debe bañarse ni exponerse al aire libre inmediatamente porque "puede torcerse". Se comienza la soba haciendo una cruz en el aire con el huevo a utilizarse y diciendo "en el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo". Luego se comienza a frotar el cuerpo del paciente total o parcialmente, según los curanderos. Mientras dura la soba se reza siete Credos exactamente.

Los diagnósticos propiamente curanderiles, resultantes de los procedimientos descritos, son "el Daño", "el Susto", "la Pena" y "la Enfermedad de Dios".

El Daño, encontrado en el 31% de los casos, es, según los resultados, un mal grave, atribuído a la "mala voluntad" ajena que, por envidia, venganza o animadversión contra el sujeto, hace caer a éste en desgracia apelándose para ello a subterfugios diabólicos, como el consabido pacto con el demonio. Los síntomas tanto físicos como psíquicos son variados e intensos; según la opinión de los curanderos no ceden al tratamiento médico y, en consecuencia, ellos son los únicos que podrían curarlo. El mecanismo causal de esta enfermedad está marcado por lo que puede denominarse "trabajo de Daño": Se actúa sobre el sujeto directa o indirectamente. En la primera forma se da una toma o algo que ingiera la persona señalada, en la segunda forma se trabaja con una prenda íntima del mismo. Para mayores detalles léase "El Daño" de C. Camino Calderón (2).

El Susto, que se presentó en el 11% de la muestra, es descrito como una enfermedad menos grave que la anterior. La causa es atribuída a un acontecimiento impresionante para el enfermo, de intensidad considerable que provoca en él una conmoción emocional, punto de partida del mal. El mecanismo patogénico está sustentado por el escape del alma ante dicho acontecimiento, quedando el sujeto, si se quiere, *des-animado* (privado de alma). Los síntomas son la tristeza, el decaimiento, la falta de apetito, entre otros. "El cuadro clínico del Susto" lo expone, detalladamente, Sal y Rosas (15).

La Pena se presenta en el 5% de la muestra. Parece ser una variante del Susto por la similitud de los síntomas, pero es atribuída a la pérdida de algo que significa mucho para el sujeto, por ejemplo, abandono de un ser querido. Su pronóstico es favorable.

La Enfermedad de Dios, como diagnóstico, se presenta en el 3% de los casos. Corresponde a toda enfermedad que no tiene implicaciones mágicas y es de origen, digamos, natural; de éstas no se ocupa el curandero y son derivados, por él, al médico. "Esto es enfermedad de Dios, vaya Ud. al médico, yo no podría curarle".

Como dato negativo, conviene puntualizar que, para ninguno de los casos se formuló el diagnóstico "ojeo", alteración proveniente, según la interpretación popular, "de la mirada fuerte de algunas personas sobre los seres humanos o animales que desde entonces se enfermaban de tristeza o de los vegetales que empezaban a marchitarse". (9)

LA TERAPEUTICA

Con finalidad terapéutica son utilizados diversos medios que los hemos separado, según su naturaleza, en cuatro grupos.

1.—*Procedimientos mágico-religiosos.*—Estos son utilizados por el 67% del total de curanderos y por el 91% de los que utilizan procedimientos propiamente curanderiles. Ellos pueden subdividirse en procedimientos de "limpia" y de "invocación".

a.—En los *procedimientos de limpia* se utilizan instrumentos a los que se atribuye potencialidades de "absorber" o "limpiar" la enfermedad. Según su finalidad pueden ser exclusivos de terapéutica o terapéutico-diagnósticos. Dentro de los primeros se encuentran el rito de la espada, el ritual de la varilla, la alzada, el baño, la hierva del gallinazo, la limpia ideacional, la soba del algodón sagrado. Dentro de los segundos están la soba del huevo y la limpia del cuy, ya expuestos.

En el *rito de la espada* el curandero se ubica frente al "paciente", sentado a una distancia aproximada de medio metro. Aquél coloca sobre la cabeza de éste una pequeña arma filo-cortante, que el curandero llama espada, mientras el mismo reza el Credo en voz baja. Cuando termina

la oración, se acerca al "paciente" y colocando el filo del arma sobre el cuello de éste en posición oblicua, comienza a mover dicha arma de arriba a abajo, muy superficialmente, como si razurara, en este caso, a la enfermedad. La misma operación realiza sobre la cara y el cuello, a la vez que en voz baja reza diferentes oraciones.

En el *rito de la varilla* el curandero recomienda al "cliente" que no se ponga "nervioso". Y que respire hondo tres veces. Acto seguido coloca entre sus manos una varilla de vidrio de 30 cms. de largo y 15 mm. de diámetro, aproximadamente, indicándole que la sostenga a la altura del esternón y que la mire con atención diciéndose a sí mismo: "Me voy a curar, me voy a curar. etc." Entre tanto, el curandero prepara tres mechas de algodón. Toma una de ellas y la empapa con timolina para frotar la cabeza y el cuello del "paciente" mientras "farfulla" algo indescifrable. En seguida, enciende el algodón con el fuego de un recipiente de porcelana en donde está ardiendo un poco de ron de quemar; luego lo toma con la mano derecha sujetándolo en 'puño", sólo con tres dedos, mientras que con el pulgar y el índice, que han quedado libres, coge nuevamente la varilla para acercarla al recipiente de porcelana. Coloca la varilla en posición vertical y sujetándola por el extremo superior la frota con el algodón de arriba a abajo, después invierte la varilla y hace nuevamente lo propio. Suelta sobre la mesa el algodón quemado y alcanza otra vez la varilla al paciente para repetir la operación anterior con las otras dos mechas de algodón. Al final, el curandero toma los restos quemados de los algodones y los introduce en la cápsula hasta que se consumen íntegramente. (Ver fotografía Nº 2)

En la "*alzada*", el curandero prepara una mezcla de agua florida con loción. Los otros elementos son dos huevos de gallina y dos velas que ha traído el "paciente", a pedido del curandero. Aquél se sienta de espaldas a una mesa en donde se encuentra, al medio, el recipiente con la mezcla y, a cada lado de éste, las dos velas. El curandero prende las velas y pregunta el nombre del paciente, hace una cruz en el aire sobre el recipiente. coge los huevos y frota con ellos la cabeza de su cliente. Luego enjuaga los cabellos de éste con la mezcla, mientras "murmura" una oración. Después, parte los huevos dejando caer su contenido en un recipiente pequeño que tiene agua hasta la mitad de su volumen; ésto remueve con un cuchillo y tapa el recipiente con un pañuelo usado por el "paciente". Este

debe regresar luego de una hora para realizar la "cura" del huevo que consiste en la "observación" de los grumos formados por la clara del huevo, refiriendo el curandero al paciente que dichos grumos son la enfermedad absorbida por el huevo. Este procedimiento se repite hasta la curación del enfermo, y se denomina "alzada" porque se le adjudica la potencialidad de "levantar" el ánimo del paciente.

Los procedimientos del "*baño*" y de la "*yerba del gallinazo*", se describen más adelante.

La *limpia ideacional* —nombramiento dado por los autores—, consiste en lo siguiente: Por la mañana, estando el "paciente" en ayunas, la madre de éste, cuando todavía no se ha lavado la boca, debe lamer en cruz y por tres veces la frente del "paciente", escupiendo, luego, la saliva en un recipiente. Se adjudica a esta operación la propiedad de absorber las "malas ideas".

En la *soba del algodón sagrado,* se frota el cuerpo del "paciente" con un algodón que previamente ha sido frotado en el cuerpo de una imagen de Cristo.

b.—En *la invocación* se utiliza como elemento primordial la solicitud de ayuda a seres sagrados para que "salga" la enfermedad del paciente o permita la vuelta del alma, cuya salida del cuerpo ha provocado la enfermedad. Así tenemos, respectivamente, "el rezo específico" y "la llamada". Según Frazer, los casos en que "se supone la actuación de los espíritus y que se intenta atraer su favor con oraciones y sacrificios... son, en conjunto, excepcionales". (5). Esta aserción es contradictoria con lo que afirmamos, a la luz de esta investigación.

2.—*Pre-fármacos.*—Así llamamos al sinnúmero de hierbas, granos, raíces y fragmentos de corteza de árboles a los que se atribuye, con exceso, efectos curativos. En uno de los consultorios, por ejemplo, estuvieron expuestas las siguientes: Achuni, Azahares, Afrodisia, Canchalagua, Cacum, Espirgo, Heliotropo, Diego López, Consuche, Altani, Alero, Hinojo, Balsamina, Cuzara, Selcache, Corpus, Ajenjo, Antarina, Achul, Antiaza, etc, etc.

La utilización de estos elementos es significativa por su frecuencia (63%). Se los emplea como único procedimiento en el 24%, en el resto unido a otros. Así, cabe señalar que en no pocos casos la utilización de

los pre-fámacos está contaminada de elementos religiosos y cabalísticos. En seguida citamos, como ejemplos, dos "recetas":

—Infusión hecha con tres claveles (El Padre, el Hijo y el Espíritu Santo), además con una ramita de toronjil y una cucharada de agua de azahar. Se toma cada vez que se tenga sed, para el Susto.

—Hervir un puñado de cebada con dos tallitos de valeriana "hembra" (es para una "paciente"), más cinco gramos de maíz blanco y cinco gramos de maíz morado ("ni uno más ni uno menos"). Se toma como "agua de tiempo" y "es bueno para las ideas perturbadoras".

II.—El curanderismo mestizo

Un 36% de los curanderos se caracterizan por utilizar recursos y materiales parecidos a los empleados por el médico, sumados a los propiamente curanderiles. El procedimiento total puede decirse que representa un mestizaje. Desde el consultorio ya se percibe lo señalado, pues éste se muestra más "limpio" de material mágico-religioso. Pero dicho remedo se manifiesta más en el diagnóstico que en la terapéutica.

EL DIAGNOSTICO

Los recursos pseudo-médicos utilizados para el diagnóstico se presentaron en un 65% de la muestra.

La anamnesis fue utilizada, como es de suponer, de manera imperfecta, ya sea sola o acompañada de otro medio de indagación. Esto se encontró en el 60% de las consultas. En todos los casos, repetimos, la anamnesis se muestra parcial y rudimentaria. En el 40%, los curanderos registraron los datos sobre la enfermedad actual que espontáneamente refirieron los observadores y sólo en un 33% les hicieron preguntas dirigidas, inquiriéndose sobre el comienzo de la enfermedad y funciones tales como el apetito y el sueño. Además, en un elevadísimo porcentaje, los curanderos averiguaron si el consultante ya había sido visto por médicos. Por lo demás, el interrogatorio del curandero se centra en las relaciones de rivalidad del paciente, sobre todo en los campos erótico y laboral.

El examen clínico se realizó como procedimiento único en un 10% y

asociado a la anamnesis en un 20%. También presenta características rústicas e imperfectas, efectuado más con fin impresionante que revelador. Consistió, sobre todo, en un examen de la lengua, las palmas de las manos o de las mucosas oculares, y en la palpación de la región pre-cordial, de la espalda y del pulso (todas las veces se palpó fuera de la arteria radial). Además, diríamos que, con frecuencia, se hacía referencia, a su modo, de la facies del paciente ("está mal del cerebro, en la cara se ve").

Los diagnósticos, en cuanto nombramiento, fueron vagos e imprecisos como "desgaste nervioso", "los nervios", "atonía nerviosa", "enfermedad psicológica". En uno de los casos, el de epilepsia, se dio el diagnóstico de esquizofrenia. ("Lo que Ud. tiene es esquizofrenia".)

LA TERAPEUTICA

1.—*Los agentes medicamentosos* utilizados por el curandero son contados y auxiliares de los agentes privativos del curanderismo. Se prescribiebieron de esta manera el Oparsán, Complejo B. y el Bellergal, en un 10%

2.—*Procedimientos directivos.*—Estos consisten en la utilización de consejos, productos del sentido común, como que el paciente para ayudarse en su curación debería "divertirse, pasearse, olvidarse de la enfermedad, etc." Estas indicaciones fueron formuladas en el 17% de los casos de manera subsidiaria.

3.—*Régimen dietético.*—En el 24% de los casos se dieron indicaciones de este tipo, ora aboliendo, ora agregando determinados alimentos del "enfermo". Abundaron las prescripciones de los consabidos caldos de cabeza de pescado y del "agua de manzana". Se recomendaron también ensaladas y frutas diversas. En uno de los casos se advirtió excluir de la dieta la carne de chancho, porque "es veneno para la salud".

4.—*El Magnetízer.*—Se utilizó una vez, aunque, digámoslo de una vez, este procedimiento, según el prospecto que explica las funciones del artefacto, es útil para cualquier tipo de enfermedad. El magnetízer es una especie de silla, muy vistosa, en donde se hace sentar al paciente tantas veces como requiera la "abolición" de la enfermedad. La dueña del magnetízer, sin importarle en nada el tipo de enfermedad, sino que simplemente el consultante estaba enfermo, indicó a éste que debería

sentarse en el aparato diariamente "hasta sanarse". Cada sesión costaba 10 soles. A ella el magnetízer, según dijo, le había costado 20,000 soles. En seguida transcribimos la primera y la última parte del extenso prospecto, ya aludido. "Magnetízer es el aparato moderno más altamente reputado y el único para la terapia con onda magnética ultralarga, inventado por el Dr. Tsuneichi Fujiyama ex-profesor de la Universidad de Tohoku. ¿No será éste el instrumento médico electromagnético más extraordinario en el mundo?". En el párrafo final se dice que "Si la medicina magnética (el "Magnetízer") con gran poder electromagnético de onda ultra-larga que ya cuenta con muchos brillantes resultados fuera debidamente estudiada en las diferentes esferas del saber médico, cuántos frutos nuevos se podrían obtener, favoreciéndose así el gran progreso alcanzado por la medicina actual para la felicidad de todos los humanos".

Por la índole misma de la actividad curanderil, en muchos casos no hemos podido sistematizar los resultados con facilidad ya que éstos, conforme a lo que se observó en la realidad, son abigarrados y superpuestos, tratándose sobre todo de la terapéutica. Habían curanderos que empleaban "medios terapéuticos" de manera, subintrante podría decirse, desordenada y copiosa. Vamos a exponer en seguida, como ejemplo de ésto, un fragmento de uno de los 81 protocolos redactados en esta investigación. Aquí puede notarse la secuencia de la actuación de una de las curanderas entrevistadas, sus posibles aciertos y sus notorios desatinos, además de la mezcla de sinceridad y de intención fraudulenta que ponía en sus actos.

"Llegado nuestro turno la curandera nos hace pasar al "consultorio"; el acompañante inicia el relato de la "enfermedad" (reacción psicótica), concluído lo cual, ella pregunta la opinión del médico sobre el caso; respondimos que no se había consultado al médico, entonces pregunta al "paciente": "¿Qué es lo que siente?". Al narrar éste su "dolencia", es repetidamente interrumpido por la curandera con frases como "¡No! qué se va a morir!", "Todavía es Ud. muy joven", "Hay mucha envidia en el mundo", "Yo lo voy a curar", "Se va a curar, se va a curar", lo que acompañaba con gestos oportunos. Ante el relato del paciente de su temor supersticioso por la lechuza, dijo la curandera al "paciente": "Eso no es verdad, no se preocupe", con un gesto de gran seguridad. Luego anotó con lápiz sobre un cuaderno el nombre de un medicamento, desglosó el trozo del papel entregándolo al acompañante, e indicando que lo comprara en la botica y que el paciente lo tomara por

las noches, sin dejar de hacerlo ninguna noche y con manzanilla (El medicamento era Passiflorine). Añadió que, además, tomara "bastante agua de manzana" y "agua de tronco de gallina, repitiendo con insistencia que debía seguir las instrucciones "al pie de la letra". A la vez que daba las indicaciones tomó una baraja española e hizo "cortar" dos "montones"; extendió, luego, las cartas en grupos, siempre interpretando lo que aparentaba "ver" o "leer" en ellas; en seguida retiraba las cartas de la mesa, dejando la primera (horizontal) y daba sus conclusiones parciales: "Va a ver una señora blanca", "va a ver unos amigos", "hay envidia en el mundo, pero no haga Ud. caso". "Va a recibir carta" Al final de este acto el "paciente" continúa dando los datos de la historia que la curandera no le dejó concluir; ella respondía siempre con palabras tranquilizadoras, "No se preocupe, Ud.; se va a sanar". Nuevamente toma la baraja española, esta vez mezclada con una baraja francesa, y repite la operación anterior. Sus movimientos en todo momento fueron seguros, sus gestos autoritarios. En una oportunidad preguntó con tono sugerente: "A Ud. le duelen los ojos, ¿no?". El paciente respondió que no, que usa lentes por no ver bien; además buscó otros síntomas como el insomnio, lo que fue aceptado por el paciente. Al preguntar el paciente a la curandera la causa de su enfermedad, ésta responde con evasivas como "Ya después le diré"; intercalando con todo esto la curandera da indicaciones, como: "En su casa hay daño, debe rociarla con agua bendita, debe zahumarla, hay mucha envidia para su casa, su casa está 'sucia', su cuarto también, debe voltear la cama". Al insistir el "paciente" en saber si le han hecho "daño", responde ella: "Le engañaría si le digo por qué es ésto, ...además no me comprendería las explicaciones.... porque hasta griego sé...."; parecía algo ofuscada por la insistencia del "paciente". Repitió en más de una oportunidad: "Ud. tiene que alimentarse bien". Al preguntársele qué podía comer, tras un momento de vacilación responde, aún indecisa: "Frutas, frutas secas, verduras, ensalada bastante y bastante vainitas, pero nunca coma carne de chancho, tampoco licores" (recalca lo último). Se levanta, entonces, y dice: "Ahora le voy a hacer un conjuro", al mismo tiempo arrancó una hoja de cuaderno en donde escribió una oración (tal era, según ella) que, luego, lee en voz alta: "En nombre (nonbre en el original) de Alash poderoso que salga todo lo malo de mi cuerpo y entre todo lo bueno, mi cuerpo será sano y salvo de todo mal". Acto seguido explica: "A Alash porque Alash es Dios...." Esta oración debía ser rezada por un familiar del paciente por las noches. Igualmente indica que

el "paciente" debe ser zahumado con alhucema; que compren "Yerba del gallinazo" y la coloque bajo la almohada del paciente por tres días, luego cogerla con un papel y arrojarla "fuera de la casa, así!!" (y hace un gesto rudo, despreciativo); repetir esta operación por tres veces en total, una a cada lado de la almohada. Dice, luego, que el "paciente" debe bañarse, pero con un "preparado" que ella ofrece: Coge una botella grande y se retira a otra habitación de donde retorna con la botella llena de un líquido algo turbio, color pajizo, diciendo: "esta vez por ser de urgencia", además porta un frasco de Agua de Colonia con una hojas amarillentas en el interior; indica que el baño debe ser efectuado esa noche: "que sólo se quede en calzoncillo, toda la ropa que tiene se la quita y se pone ropa limpia, la otra lávenla que está sucia"; el baño debe efectuarse con una esponja celeste y siguiendo una dirección determinada ("en cruz"), y mientras le practican el baño algún familiar debe rezar la oración enseñada. Después la curandera indica: "Le voy a hacer un conjuro": Hace pasar al paciente a otro asiento, le hace quitar los anteojos, se moja los dedos en Agua de Colonia y hace con éstos una cruz en la frente del paciente, simultáneamente bisbiseaba lo que parecía ser una oración. Luego repite la operación sobre el pabellón de la oreja ("para que no entren cosas malas"). Al hacer esto mismo en el lado izquierdo, el paciente hace un quite 'reflejo', lo que disgusta a la curandera tornándose imperativa y autoritaria (retrocede un paso, se yergue, abre grandemente los ojos mirando fijamente al paciente, pronunciando con energía: "No se mueva, no tenga miedo.... que ésto yo sólo se lo puedo curar". Repite todo el rito por tres veces sobre la cabeza del paciente inclinada hacia adelante. Concluído ésto la curandera pide que regresen al día siguiente en la mañana "para hacer un contrato", indica que el paciente puede venir sólo, diciéndole "Si puede venir sólo, ¿no ". El paciente no responde y se limita a mirar al acompañante; éste acepta la cita. Repite ella: "No vaya a faltar.... que se bañe y que tome el remedio (Passiflorine), y, luego, como para sí, dice: "Si está sano, no tiene nada, lo vamos a curar" (en tono convincente). Se retira a la otra habitación de donde regresa con una medalla de níquel colgada de un hilo celeste, y dice: "Esta es la medallita milagrosa de las monjas..., del convento, póngasela y no se la saque". Al final de la entrevista nuevamente recomienda que el paciente se alimente bien: "Bastante leche, huevos, Ud. necesita alimentarse". Mientras salíamos —el paciente por delante— el acompañante pregunta a la curandera: "¿Qué es lo que tiene?, ¿por qué esté así?". Ella no responde, pero cuidando no ser vista

por el paciente hace un gesto al acompañante dándole a entender de que aquél está loco (primero se llevó el índice a los labios indicando silencio y luego con los ojos muy abiertos se lleva el mismo dedo a la sien respectiva donde hace el gesto pertinente). Por la consulta, que duró 35 minutos, nos cobró 15 soles ("Quince soles joven, nada más"). Cuando atravesamos la "sala de espera" ésta estaba llena de pacientes (unos 10).

Al día siguiente, a las 12 m. encontramos a la curandera en la puerta de su casa conversando con otra señora a quien despidió al reconocernos. Nos hace pasar a la sala, sentándose frente a nosotros. Manifiesta estar cansada por haber trabajado toda la noche y añadió: "Estoy enferma, no he podido dormir en toda la noche, toda la noche han hecho ruido, golpeaban las ventanas.... como tambores; a eso de la madrugada me dio cólico, ay.... estoy mal". Volvió a la recomendación de que el paciente comiera abundante fruta; luego pregunta si había seguido sus indicaciones. Ante la respuesta afirmativa pregunta al paciente si había dormido bien, éste responde: "Sí, he dormido mejor". Dice, entonces la curandera, "Todo lo que he hecho es poner una 'traba' ". Repite el ritual del día anterior, añadiendo esta vez uno nuevo. Pasa por la cabeza del paciente un huevo de gallina en círculos, por la frente, pabellones auriculares, nuca, siempre haciendo girar el huevo sobre su mayor diámetro. La curandera manifiesta que sale "un hedor de la cabeza", luego eructa sonora e intencionalmente y lanza un escupitajo, haciendo abrir la puerta para que salga el mal olor: "Está saliendo todo lo malo".

Al concluir habló sobre el "contrato" y que estaba segura de que ella haría la curación pero que había la necesidad de un tratamiento "más fuerte", "especial", que lo iba a hacer otra persona con quien consultaría ("Es mi médico"), y que todo costaría 400 soles, que trajera 100 soles cada vez que viniera, advirtiendo que a ella no le importaba el dinero ("No soy como otras") y lo que hacía "lo hago por su bien". No cobró por esa consulta, citándonos para el siguiente lunes, en la mañana; dijo que el tratamiento iba a ser de carácter "astral", con lo que concluye la entrevista.

LOS PROCEDIMIENTOS CURANDERILES FRENTE A LAS ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS

Habiendo expuesto, de manera general, los modos de diagnóstico y tratamiento que manejan los curanderos, resta especificar aquéllos en

Sección	Tipo	Subtipo	Procedimiento	NEUROSIS: Angustiosa	NEUROSIS: Obsesivo compulsiva	NEUROSIS: Depresiva	PSICOSIS: Aguda indiferenc.	PSICOSIS: Paranoide	ALCOHOLISMO	EPILEPSIA
DIAGNOSTICO	PROCEDIMIENTO	PROPIAMENTE CURANDERIL	CARTOMANCIA	* +	+ *	+	+	+ *	+ *	+
DIAGNOSTICO	PROCEDIMIENTO	PROPIAMENTE CURANDERIL	INTERPRETACION EN HOJAS DE COCA	*			*			
DIAGNOSTICO	PROCEDIMIENTO	PROPIAMENTE CURANDERIL	INTERPRETACION EN CENIZAS Y HUMO DE CIGARRILLOS			*				
DIAGNOSTICO	PROCEDIMIENTO	PROPIAMENTE CURANDERIL	CONSULTA ESPIRITISTA				*			* +
DIAGNOSTICO	PROCEDIMIENTO	PROPIAMENTE CURANDERIL	LIMPIA DEL CUY	* *	*	*		*		
DIAGNOSTICO	PROCEDIMIENTO	PROPIAMENTE CURANDERIL	SOBA DEL HUEVO	*	*	* *	*	* *		* *
DIAGNOSTICO	PROCEDIMIENTO	PSEUDO MEDICO	ANAMNESIS	+ + + + +	+ + + *	+ + + + *	+ + * *	+ + + + *	* * * * +	+ + + *
DIAGNOSTICO	PROCEDIMIENTO	PSEUDO MEDICO	EXAMEN FISICO	+		+	+ +	+		*
DIAGNOSTICO	PROCEDIMIENTO		NO SE UTILIZO NINGUNO		*					
DIAGNOSTICO	TIPOS DE DIAGNOSTICO	PROPIAMENTE CURANDERIL	DAÑO	*	* *	*	*	*		* *
DIAGNOSTICO	TIPOS DE DIAGNOSTICO	PROPIAMENTE CURANDERIL	SUSTO	*	*	* *	* *	*		
DIAGNOSTICO	TIPOS DE DIAGNOSTICO	PROPIAMENTE CURANDERIL	PENA						* *	*
DIAGNOSTICO	TIPOS DE DIAGNOSTICO	PROPIAMENTE CURANDERIL	ENFERMEDAD DE DIOS					*		
DIAGNOSTICO	TIPOS DE DIAGNOSTICO	PSEUDOMEDICO	NERVIOS	* *	*	*		* *		
DIAGNOSTICO	TIPOS DE DIAGNOSTICO	PSEUDOMEDICO	ATONIA NERVIOSA			*				
DIAGNOSTICO	TIPOS DE DIAGNOSTICO	PSEUDOMEDICO	ENFERMEDAD PSICOLOGICA		*		*			
DIAGNOSTICO	TIPOS DE DIAGNOSTICO	PSEUDOMEDICO	DESGASTE NERVIOSO	*						
DIAGNOSTICO	TIPOS DE DIAGNOSTICO	PSEUDOMEDICO	ESQUIZOFRENIA							*
DIAGNOSTICO	TIPOS DE DIAGNOSTICO	PSEUDOMEDICO	LOCURA				*			
DIAGNOSTICO	TIPOS DE DIAGNOSTICO	PSEUDOMEDICO	DIAGNOSTICO PRECISO						* * *	*
TERAPEUTICA	PROPIAMENTE CURANDERIL	PROCEDIMIENTOS MAGICO-RELIGIOSOS	RITO DE LA ESPADA				*			
TERAPEUTICA	PROPIAMENTE CURANDERIL	PROCEDIMIENTOS MAGICO-RELIGIOSOS	RITO DE LA VARILLA				*			
TERAPEUTICA	PROPIAMENTE CURANDERIL	PROCEDIMIENTOS MAGICO-RELIGIOSOS	LA ALZADA			*				
TERAPEUTICA	PROPIAMENTE CURANDERIL	PROCEDIMIENTOS MAGICO-RELIGIOSOS: DE LIMPIA	EL BAÑO	* +	+			+		
TERAPEUTICA	PROPIAMENTE CURANDERIL	PROCEDIMIENTOS MAGICO-RELIGIOSOS: DE LIMPIA	LA HIERBA DEL GALLINAZO				+			
TERAPEUTICA	PROPIAMENTE CURANDERIL	PROCEDIMIENTOS MAGICO-RELIGIOSOS: DE LIMPIA	LA LIMPIA IDEACIONAL		*					
TERAPEUTICA	PROPIAMENTE CURANDERIL	PROCEDIMIENTOS MAGICO-RELIGIOSOS: DE LIMPIA	LA SOBA DEL ALGODON				*		*	
TERAPEUTICA	PROPIAMENTE CURANDERIL	PROCEDIMIENTOS MAGICO-RELIGIOSOS: DE LIMPIA	LA SOBA DEL HUEVO	+	*	*	*	*	* *	*
TERAPEUTICA	PROPIAMENTE CURANDERIL	PROCEDIMIENTOS MAGICO-RELIGIOSOS: DE LIMPIA	LA LIMPIA DEL CUY	+ +	*	*		+	+	
TERAPEUTICA	PROPIAMENTE CURANDERIL	PROCEDIMIENTOS MAGICO-RELIGIOSOS: DE INVOCAC.	EL REZO ESPECIFICO		+		+	+ *		
TERAPEUTICA	PROPIAMENTE CURANDERIL	PROCEDIMIENTOS MAGICO-RELIGIOSOS: DE INVOCAC.	LA LLAMADA	*	*		*			
TERAPEUTICA	PROPIAMENTE CURANDERIL	PRE-FARMACOS	YERBAS	* +	+ +	* + +	+ +	*		+ + *
TERAPEUTICA	PROPIAMENTE CURANDERIL	PRE-FARMACOS	GRANOS	+	+					+
TERAPEUTICA	PROPIAMENTE CURANDERIL	PRE-FARMACOS	RAICES			+		+		+
TERAPEUTICA	PROPIAMENTE CURANDERIL	PRE-FARMACOS	CORTEZAS				+		*	+
TERAPEUTICA	PSEUDO-MEDICA	FARMACOS	VITAMINAS	+		*				*
TERAPEUTICA	PSEUDO-MEDICA	FARMACOS	TONICOS				+	*	*	+
TERAPEUTICA	PSEUDO-MEDICA	FARMACOS	SEDANTE	* +				+		
TERAPEUTICA	PSEUDO-MEDICA		PROCEDIMIENTO DIRECTIVO	+	+ +		+	+ +	+ + +	+
TERAPEUTICA	PSEUDO-MEDICA		REGIMEN DIETETICO	*		+	+	+		
TERAPEUTICA	PSEUDO-MEDICA		MAGNETIZER		*					
SE DERIVO AL MEDICO								*		*

* PROCEDIMIENTO FUNDAMENTAL

\+ PROCEDIMIENTO ACCESORIO

relación a las enfermedades psiquiátricas consultadas. En el cuadro siguiente podemos apreciar las proporciones de los tipos de diagnóstico y manera de llegar a éstos y los medios empleados en procura de curar las enfermedades por los curanderos.

Como puede verse, los diagnósticos que dieron los curanderos para las enfermedades psiquiátricas se repartieron, casi proporcionalmente, entre "daño", "susto", y "nervios". Los restantes diagnósticos antes referidos se expresaron esporádicamente.

En uno de los casos de epilepsia, tras una consulta "espiritista" ya expuesta, se dio el diagnóstico certero; además de referir que se trataba de "epilepsia" indicó que ésta era una enfermedad "congénito-hereditaria" y que "debía ser atendido por un neurólogo". En otro caso de esta misma enfermedad se hizo el diagnóstico de "esquizofrenia", con este mismo término.

Respecto a los procedimientos de diagnóstico, éstos fueron variados y disímiles para cada enfermedad; aparte de la anamnesis, medio de indagación casi obligado, los procedimientos más comunes fueron, en orden de importancia, la soba del huevo, la limpia del cuy y la cartomancia. Los otros se utilizaron escasamente. Conviene señalar, además, que en uno de los casos de neurosis obsesivo-compulsiva, la anamnesis fué desestimada, ecuchando "pasivamente" la curandera a la paciente, sin registrar notoriamente los datos de la enfermedad expuestos por ésta. Fué cuando se utilizó el magnetízer como medio terapéutico, artefacto que "cura todo" y, obviamente, induce a la consulta decapitada, es decir, sin anamnesis.

Entre los procedimientos terapéuticos, el más utilizado fue "la soba del huevo", esta vez en su faceta terapéutica. Le siguen, en orden de importancia, el empleo de yerbas y del "procedimiento directivo" ("consejos"). Sólo en los casos de diagnóstico de "susto" puede hablarse de un tratamiento específico: "La llamada" del alma del paciente para que vuelva a instalarse en el cuerpo de éste. En los demás casos, los procedimientos terapéuticos fueron utilizados indistintamente para cualquier enfermedad.

En suma, puede decirse que tanto para el diagnóstico como para la terapéutica, los curanderos no tienen, vamos a decir, constantes de acción y de opinión, en cuanto precisión de la naturaleza de la enfermedad y modo de combatirla. Cada uno tiene una manera estereotipada de enfocar todos los casos, de lo que resulta, cuando se comparan sus procedi-

mientos, una marcada dispersión diagnóstica y terapéutica, tratándose, incluso, de la misma enfermedad.

DISCUSION Y COMENTARIOS

Hemos estudiado la actividad curanderil de 35 sujetos radicados en Lima, con la intención de descubrir sus procedimientos de diagnóstico y tratamiento cuando enfrentan enfermedades psiquiátricas. Con este propósito, parejas de observadores acudieron a los mismos curanderos haciéndose pasar, uno como enfermo y el otro como su familiar. Las siguientes enfermedades, cinco casos de cada una, fueron simuladas: reacciones psiconeuróticas angustiosa, depresiva y obsesivo-compulsiva; reacciones psicótica aguda indiferenciada y paranoide (estado paranoide); alcoholismo y sindrome cerebral crónico asociado con desorden convulsivo (grand mal). Una misma enfermedad fue presentada a cinco curanderos diferentes, con la finalidad de comparar sus procedimientos. De este modo, se realizaron 81 entrevistas, de 1 a 5 por curandero.

Los resultados muestran: que a la actividad curanderil se dedican sujetos de ambos sexos, sin predominio marcado de ninguno; que el 100% de ellos frisan o sobrepasan lo que se llama la edad madura (no existe, pues, el curandero equivalente al médico joven); que son de nivel socio-económico bajo y de apariencia constitucional predominantemente pícnica, lo que está en relación con su carácter sosegado, abierto a los demás, de fácil comunicación y actitud de autosuficiencia; que el ambiente donde obran está recargado de "material impresionante", tanto "mágico" como religioso. Creemos que la mayoría de todos estos factores facilitan la labor curanderil y condicionan un posible efecto beneficioso de aquélla para los pacientes.

Encontramos también que la actuación de los curanderos es de dos tipos fundamentales: aquél en que predomina el uso de elementos privativos del curanderismo y el otro que, por mezclar elementos de la medicina primitiva con los de la medicina científica, hemos llamado curanderismo mestizo.

Los curanderos consideran dos grandes grupos de enfermedades: las que llaman "Enfermedades de Dios", que corresponden a la mayor parte de los cuadros clínico-quirúrgicos, que consideran de inteligencia del médico y derivan a éste. Aunque los curanderos no llaman al otro grupo "enfermedades del diablo", por contraste con el anterior y por la concepción

que tienen de la mayoría de ellas, podrían quedarse con ese nombre: son las enfermedades de su competencia, remarcando algunos de los curanderos que los médicos "no pueden con ellas". La mayor parte de las enfermedades psiquiátricas caen en este segundo grupo, primero por su manifestación heteróclita, sobre todo a los ojos del profano y de los que profanan la medicina; segundo, porque, efectivamente, hay varias enfermedades psiquiátricas, sino incurables, de difícil solución y, en fin, porque existen todavía pocos especialistas en la materia, amén de que los otros especialistas no tienen una formación básica y útil para el manejo circunstancial de las enfermedades psiquiátricas. "La magia aparece en un mundo de dolor y frustración cuando, según León Grimberg y M. Abadi, ha fallado el único mecanismo efectivo de omnipotencia que es el pensamiento" (4).

Esta "nosografía curanderil" (enfermedades de Dios y del diablo), invita a pensar que, en épocas muy remotas, las enfermedades "orgánicas" (llamemos así a las médico-quirúrgicas) por ser localizables y comprensibles hasta cierto punto eran consideradas por los hombres primitivos como causadas por los dioses (entes también localizables y reconocidos: el Sol, la Luna, etc.), sea como castigo, "prueba", etc. Es decir, había para ellas una explicación "natural"; mientras que la explicación causal de las enfermedades mentales, inobjetivables e incomprensibles, estaría dada por la ingerencia de factores "sobrenaturales" (mágica o demoníaca). Al no ceder éstas al tratamiento "natural", se trató, intuitivamente, impelidos los hombres por la necesidad de actuar de algún modo para defenderse de ellas, de encontrar recursos especiales que funcionaran al mismo nivel de las fuentes de la "enfermedad mágica", surgiendo así de acuerdo a la mentalidad primitiva, los procedimientos curanderiles de tal índole.

Es bastante significativo, además, cómo, a mayor gravedad atribuída a la enfermedad "mágica", el rastreo de sus orígenes va hasta los niveles más primitivos. De este modo, la explicación por los curanderos de la causa de la "Pena" es racional, la del "Susto" ya tiene un matiz prelógico y la del "Daño" es netamente mágico. Por otra parte, es probable que el origen remoto de estos diagnósticos esté en la captación empírica de los síntomas que parecen corresponder a cuadros psiquiátricos definidos, pero que son referidos a las enfermedades "mágicas", adoptando una explicación etiopatógenica peculiar. El "Daño" correspondería a la psicosis paranoide ("daño"), el 'Susto' a las depresiones en general y la "Pena" a las neurosis traumáticas. Más tarde se habrían in-

cluído en el grupo de las enfermedades "mágicas" todas las otras asimilables en algo a ellas, absorbiéndose también algunas enfermedades "orgánicas", que presentan cierto carácter incomprensible y crónico o que no ceden a los tratamientos usuales. Estos supuestos no niegan que en un principio no hubo diferenciación alguna de las enfermedades, ya que, como advierte Ackerknecht, "para los primitivos... toda enfermedad es simplemente enfermedad, cualesquiera sean sus síntomas" (1).

Otro aspecto de los resultados que quisiéramos comentar es el de la gran cantidad de pacientes que acuden a los curanderos. En una oportunidad contamos hasta 60 personas, apiñadas en la sala de recibo y fuera de ella, inquietas por la demora en la llegada de su turno, regulado éste por el sistema de "tickets". Esto es un síntoma grave de cuya causa no debemos culpar a los curanderos y no debemos buscar el modo de abolirlo reclamando —resulta ingenuo— una legislación prohibitiva del curanderismo. Esta correspondería, *mutatis mutandis*, a otra "caza de brujas en la actualidad" (12). La permanencia de este fenómeno obedece a razones mucho más complejas que a la existencia de sujetos inescrupulosos —como se les llama—, que trafican con el sufrimiento ajeno. En este sentido, más importante que estudiar la "personalidad" del curandero, resulta comprender la situación personal de los enfermos que van a él. Así encauzaríamos con más seguridad la explicación, entre otras, del motivo de la proliferación de los curanderos y de sus pacientes. Al respecto, es aleccionadora la Tesis de H. Cornejo (2), quien estudió "Las motivaciones que tienen los pacientes psiquiátricos —pertenecientes a la clase obrera afiliada al sistema de Seguro Social— para buscar la ayuda del curandero, cuando existe la posibilidad de contar con los servicios del médico" (pág. 36); y más aún, comprobó que algunos de esos pacientes "habían acudido a diferentes curanderos... no obstante estar recibiendo tratamiento médico" (pág. 2). Ciertamente que este "escape" del paciente hacia el curandero puede tener —y de hecho tiene— muchas causas; pero, entre ellas, comentemos una básica: el cúmulo de necesidades que porta el enfermo, que el médico es el invocado a atender. Se sabe mucho, al par que se practica poco, que para ayudar al hombre enfermo no es suficiente recetar drogas. Aquél, aunque no lo exprese, está apresado por dudas angustiosas: "¿Qué tengo, es grave o no, cómo me va a curar, en cuánto tiempo, etc.? Está ávido por sentir apoyo franco, compromiso total con su situación. Y eso es todavía poco, porque son escasos los pacientes que piden por todos los que callan otros reclamos de satisfacciones. Demanda excesiva, sin lugar a dudas; pero

el médico, cuesta decirlo, todavía no ha encontrado el modo de satisfacer el número cabal de esas necesidades latentes y latientes de los enfermos. Resulta un juicio muy parcial, pues, si se considera que "él éxito del curanderismo radicaba, radica y radicará siempre, en la ignorancia de las gentes que a él recurren en busca de solución a sus dolencias" (10).

En esta investigación comprobamos que muchos aspectos del curanderismo, en general, y otros tantos procedimientos y actitudes del curandero, en particular, posibilitan la satisfacción de esas necesidades del enfermo. No queremos discutir, por ahora, si aquéllos y éstos están o no permitidos por la Ciencia, por la Etica o por la Jurisprudencia. Sólo queremos dejar constancia de sus posibles efectos benéficos en cuanto recalcan las omisiones del médico para con sus pacientes, dejando a un lado las defecciones de los curanderos ya que éstas no justifican nuestro desdén por lo irracional. Por lo demás, recordemos, otra vez, aunque restándole pizcas de exageración, eso de que "debemos la mayor parte de nuestros conocimientos modernos a las ciencias mágicas del pasado" (13).

El médico, por cierto, no debe perder de vista los reguladores de su actuación profesional emanados de su Conciencia Moral y de la Deontología Médica; pero tampoco debe abandonar la posibilidad de encontrar, por acciones y procedimientos decorosos, las maneras más efectivas de brindar al paciente lo que brinda el curandero a su modo: confianza, seguridad, fé. El médico cabal, claro está, no puede prometer, como los curanderos, ciegamente y a corto plazo, curar al paciente, ya que "es la sinceridad el método propio de la más óptima terapia" (3). Tampoco puede decorar su consultorio con el "material impresionante", mágico-religioso, que utilizan los curanderos para "sensibilizar" al paciente; menos debe dilatar su prestigio a costa de autovaloraciones jactanciosas, como muchos curanderos realizan. Sin embargo, el médico cabal debe descubrir técnicas "incontaminadas" para ayudar, como ayuda el curandero al paciente con recursos propios a su condición; vale decir que lo irracional, raíz de las enfermedades psiquiátricas, debe tratarse con agentes sino irracionales (como los del curandero), que penetren a esa irracionalidad. De otro lado, no debemos espeluznarnos si se habla de un parentezco entre los procedimientos curanderiles y médicos. Si el curandero, por ejemplo, entrega al paciente un amuleto o una "contra" para preservarse de maleficios, el médico entrega comprimidos al paciente, recomendándolo: "siempre llévelo consigo para tomarlo cuando le venga el mal".

Pero donde no cabe alternativa entre lo permitido y lo no permitido, en cuanto practicar algo, es en la "entrega" del curandero al paciente que el médico actual, muy ocupado y muy preocupado, no realiza. Y el paciente siente eso. Recordemos los resultados, ya expuestos, sobre el tiempo que dedica el curandero al paciente por consulta, a veces dos horas, nunca menos de media hora. Recordemos también la acción directa, personal del curandero en algunos procedimientos terapéuticos; hemos visto "sudar" copiosamente a algunos curanderos, por ejemplo, en la soba del cuy. Ellos, por supuesto, llevan al extremo este hecho, pero el resultado sugestivo es cabal, cuando refieren al paciente, por ejemplo, que su enfermedad era "tan fuerte" que luego del acto terapéutico, parte de ellas lo que hay de *esencial* y de formal. Es *esencial* lo que el paciente, pio cuerpo del curandero. Claro está que, por eso de "sudar", muchos médicos aducirán la conservación del "porte profesional", ante todo. Quisiéramos remarcar, una vez más, que estamos lejos de sugerir una imitación curanderil; al señalar todas esas actuaciones hemos abstraído de ellas lo que hay de *esencial* y de formal. Es *esencial* lo que el paciente por ejemplo, siente de quien trata de ayudarle, que lo hace con dedicación, cordialidad, y desprendimiento, signos, todos éstos, de la más efectiva relación posibilitador-posibilitable, en el sentido que da Seguín al efecto de curar. Es *formal* lo que el curandero realiza para ello. Entonces, no es en este aspecto donde centramos nuestra atención, sino en el *esencial,* cuando remarcamos, una y otra vez, lo que los curanderos nos muestran como ventajas en la manera de ayudar a los demás. En suma, donde la enfermedad requiere ser resuelta por medios fundamentalmente sugestivos, el curanderismo tiene notorias ventajas sobre la actuación profesional. Los medios de sugestión de que dispone el médico, si bien numerosos, no son variados, mientras que la práctica curanderil está sustentada primordialmente por recursos de sugestión, una sugestión, quien sabe, particular, digna de estudiarse, porque es digno de estudio todo lo que ayuda al hombre a librarse de sus ataduras irracionales que le impiden vivir humanamente en el reino de la tierra.

CONCLUSIONES

1.—En esta investigación se encontraron dos tipos fundamentales de curanderos: los que utilizan procedimientos y materiales privativos de la actividad curanderil; y los que, además de aquéllos, emplean, en mayor

o menor grado, recursos que remedan a los manejados por el médico en su labor profesional. El "mestizaje" de los últimos obedecería tanto a factores socio-culturales como a otros intrínsecos al curanderismo mismo. Los primeros actuarían suscitando, por un lado, una forma de imitación a figuras de fuerte influencia en el ambiente social —los médicos—, y por otro, una respuesta a las necesidades de algunos grupos de pacientes que por motivos de esta misma naturaleza serían más permeables a procedimientos de semblanza médica y no a los exclusivamente curanderiles. Los segundos se explicarían por el hecho de que si los recursos pseudo-médicos reemplazan a los propiamente curanderiles en la peculiar indagación diagnóstica del curandero y casi nunca en la terapéutica, indica, que aquéllos han surgido, en parte, como una compensación de los deficientes "medios de diagnóstico". La terapéutica, que acusa una mayor consistencia, casi no ha sido influída.

2.—No se hallaron diferencias notables en los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que utilizaron los curanderos en las diversas enfermedades psiquiátricas presentadas a ellos. Los diagnósticos, fuesen éstos de naturaleza "mágica" (Daño, Susto, Pena, etc.) o pseudo-médicos (Nervios, Desgaste, Atonía Nerviosa, etc), se encontraron en proporciones similares en cada una de las enfermedades.

3.—El procedimiento curanderil utiliza aunque en forma intuitiva, eficientemente, la "sugestión armada" como medio terapéutico, alcanzando a través de variados recursos comunicarse con él inconsciente del enfermo y actuar sugestivamente sobre él a niveles profundos, en lenguaje arcaico y bajo leyes precategoriales, removiendo fundamentalmente sus núcleos mágicos y religiosos. Por otra parte, si los medios e instrumentos diagnósticos muestran grandes deficiencias como tales, en su aplicación cumplen más bien una finalidad terapéutica, por su connotación de sugestión.

4.—El que encontremos en el procedimiento curanderil medios terapéuticos que podrían alcanzar niveles de efectividad de cierta consideración pero, junto a ellos, precarios medios diagnósticos e incipientes criterios aplicativos del curandero, estos últimos factores explicarían sus reducidos éxitos curativos tratándose de enfermedades en las cuales la sugestión juega un rol importante. Sus desatinos se dan, pues, por el hecho de que los curanderos no poseen los instrumentos y habilidades que les permitan conocer cuándo sus procedimientos van a ser beneficiosos para

el paciente. Su efectividad parcial o, quien sabe total, en algunos casos, estaría en relación a la naturaleza del mal que aqueja al paciente como también a las necesidades psicológicas y a los razgos de personalidad de éste. Así mismo, la pervivencia del curanderismo se explicaría tanto por factores socio-culturales, como por aquellos intrínsecos al ser humano, como es la necesidad de protección por cualquier medio ante la angustia por la muerte.

RESUMEN

Los autores investigaron los procedimientos que emplearon 42 curanderos de Lima cuando atendieron con intención terapéutica a Observadores que simularon tener enfermedades psiquiátricas. La sintomatología básica de cada enfermedad simulada (neurosis, psicosis, epilepsia y alcoholismo) fue extraída de historias clínicas de pacientes atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima. La misma enfermedad fue presentada a 5 diferentes curanderos, con la finalidad de comparar sus procedimientos. El número total de entrevistas fué 81 y variaron entre 1 y 5 por curandero.

Se encontraron dos tipos de curanderos: los que utilizan procedimientos y materiales privativos de la actividad curanderil y los que, además de éstos, toman en mayor o menor grado recursos que remedan a los empleados por el médico en su labor profesional.

No se hallaron diferencias notables en los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que utilizaron los curanderos en los diferentes cuadros psiquiátricos. Los diagnósticos, fuesen estos de naturaleza "magica" (Daño, Susto, Pena), o pseudomédicos (Nervios, Desgaste o Atonía Nerviosa), se encontraron en proporciones similares en cada una de las enfermedades.

El procedimiento curanderil utiliza eficientemente, aunque en forma intuitiva, la "sugestión armada" como medio terapéutico, logrando, a través de variados recursos, comunicarse con el inconsciente del enfermo y actuar sugestivamente sobre él a niveles profundos, en lenguaje arcaico y bajo leyes precategoriales, removiendo fundamentalmente los núcleos mágico y religioso. Sin embargo, la casi nula capacidad para llegar al diagnóstico y el escaso criterio aplicativo de esa "sugestión armada", hace frecuentes las defecciones de los curanderos, incluso con enfermedades en donde la sugestión es un recurso fundamental de curación.

SUMMARY

The authors investigated the differents procedures used by 42 "curanderos" (quack healers) from the city of Lima "treating" simulated psyquiatric disorders (neurosis, psychosis, alcoholism) whose simtoms were imitated from the ones registers by actual patients of the Psychiatric De-
similares en cada una de las enfermedades.
partament of the Hospital Obrero de Lima.

The same disorder was presented to 5 different "curanderos", with the purpose of comparing their procedures. The interviews were 81 in total and each "curandero" was seen between one and five a piece.

Two kind of curanderos could be distinguished those who used only curandero procedures and materials and those who used those and other legitimate medical and psychological practices and methods.

The difference between the procedures of diagnosis and treatment in the different psychiatric disorders were not remarkable.

The diagnoses, both, those of "magic" nature ("Daño", "Susto", "Pena") or those pseudomedical characteristies, ("Nervios", "Desgaste" o "Atonía Nerviosa") were find in similar proportion in each disorder.

Concerning the procedures themselves we may generelize saying that they were mostly "armed suggestion", using diferent means to act upon the patient's preconcions and unconscions levels. However, the incapacity to make the correct diagnosis and to know when to apply the "armed suggestions" results in their failure.

BIBLIOGRAFIA

1. ACKERKNECHT, E.H.: Breve historia de la Psiquiatría.—Edit. Universitaria de Buenos Aires: 1964, pág. 7. — 2. CAMINO, C.: El Daño.—Edit. Latinoamericana: Lima, 1958. Págs. 104-135. — 3. CORNEJO, H.: Actitudes y motivaciones de los pacientes psiquiátricos frente al curanderismo.—Tesis de Bachiller, Fac. de Medic. Lima, Perú, 1964. — 4. DIAZ, F.: Metapsicología de la magia. — Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría, Vol. 5, Nº 2, México D.F. 1964, pág. 74. — 5. FRAZER, J.G.: La Rama Dorada. — Fondo de Cultura Económica, México-Buenos Aires, 1961, pág. 74. — 6. FRISANCHO, D.: Creencias y supersticiones relacionadas con las enfermedades del altiplano puneño.—Edit. "Los Andes", Puno-Perú, 1963, pág. 53. — 7. IZAGUIRRE, E.: La hechicería en Ica.—Anales del Serv. de Psiquiatría del Hosp. Obrero de Lima, Vol. VI, Nº 1. 1964, págs. 18-19. — 8. JASPERS, K.: Esencia y crítica de la psicoterapia.—Cía. General Fabril Editora S.A., Buenos Aires 1959, pág. 44. — 9. MAC-LEAN, R.: Sociología del Perú.—Instituto de Investigación Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, 1959, pág. 437. — 10. MADARNAS, P.: Medicina pintoresca.—Ediciones G.P. Barcelona 1963, pág. 63. — 11. MANOTAS, G.: La Medicina Mágica (Algunos aspectos de la medicina folklórica colombiana).—Revista Médica (Secretaría de Marina), Vol. IX, Nº 34, México 1963, pág 260. — 12. PARRINDER, G.: La Brujería.—Edit. Universitaria de Buenos Aires, 1963, pág. 217-231. — 13. RUFFAT, A.: La superstición a través de los tiempos.—Edit. Mateu, Barcelona, 1962, pág. 313. — 14. SAL Y ROSAS, F.: Modos del Curanderismo en el Perú.—Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría. Vol. 2, Nº 2, México D.F. 1961, pág. 65-71. — 15. SAL Y ROSAS, F.: El mito del Jani o Susto de la medicina indígena del Perú.—Revista de la Sanidad de Policía, Lima-Perú, 1958, Nº 18, págs. 170-171. — 16. SALAZAR, S.: Velarde: otro buen libro.—"El Comercio" (Supl. dominical), Lima, 17-X-64, pág. 6. — 17. VALDIZAN, H.: Diccionario de Medicina Peruana (t. II) Talleres Gráficos del Hospital "Víctor Larco Herrera", Lima 1938, pág. 183.



LEUCOENCEFALITIS HEMORRAGICA AGUDA *

VARIEDAD HURST, CONSECUTIVA A ENFERMEDAD DEL ARAÑAZO DE GATO

*LUIS DEZA BRINGAS***

Las enfermedades desmielinizantes constituyen un grupo heterogéneo de afecciones del sistema nervioso central, que tienen en común, presentar zonas con destrucción primaria de mielina de tamaño variable e irregularmente distribuídas y en las que hay relativo compromiso de neuronas y cilindro-ejes. Estos últimos, sin embargo en determinados estadíos de la enfermedad, se llegan a comprometer casi tan íntegramente como las vainas de mielina. Desconociéndose la etiología de la mayoría de ellas, estando imperfectamente establecida la patología en algunas de las mismas y finalmente siendo las manifestaciones clínicas similares en muchas, todo intento de clasificarias sea desde el punto de vista clínico, etiológico o patológico ha resultado infructuoso y a la larga quizá con fines didácticos se utiliza una clasificación en base a estos tres aspectos integrados. Una afección considerada dentro del grupo de estas enfermedades desmielinizantes, que tiene ciertas características particulares y cuya ubicación todavía no está perfectamente establecida es la llamada leucoencefalitis hemorrágica aguda o encefalitis de Weston Hurst.

Descrita también con el nombre de encefalopatía hemorrágica necrotizante aguda (1—2) desde la primera referencia que, en 1941, hiciera Weston Hurst al reportar dos casos de esta entidad, han ido apareciendo una serie de publicaciones al respecto que se aproximan a 40 (3—4—5—6) de acuerdo a las últimas revisiones; con las que se ha llegado a deli-

---

* Tesis presentada por el autor para graduarse como Bachiller en Medicina, en agosto de 1964.

** Jefe Instructor del Departamento de Ciencias Morfológicas, Asignatura de Neuroanatomía, de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M.

near sus aspectos clínicopatológicos y su relación con la encefalomielitis diseminada aguda. El cuadro clínico de esta afección, sin ser característico, se traduce frecuentemente por un período prodrómico con manifestaciones de curso agudo que puede durar de 1 a 16 días. Los síntomas durante esta fase por lo general son los de una infección del tracto respiratorio superior, con coriza, tos, dolor de garganta, fiebre, cefalea y ocasionalmente náuseas y vómitos. Posteriormente evolucionan a una fase de compromiso del sistema nervioso central, en la que después de un breve período precomatoso, deviene el paciente en un coma con frecuencia acompañado de signos meníngeos, convulsiones, hemiplejía y aún cuadriplejía que, por lo general, lo lleva a la muerte entre el 5º y 21º día. En algunos casos las modificociones más destacables desde el punto de vista de laboratorio, han sido la presencia de una leucocitosis a predominio polimorfonuclear en sangre periférica y de un líquido céfalorraquídeo aumentado de presión, con incremento de neutrófilos y glóbulos rojos y cifras altas de proteínas que pueden llegar hasta 620 mg.%. Los hallazgos patológicos del cerebro han sido caracterizados por la presencia de zonas de desmielinización con componente hemorrágico y necrótico y degeneración fibrinoide de la pared de algunos vasos incluídos dentro de dichas zonas. Edema perivascular y en ocasiones tisular ha sido observado en cierto número de casos. Por la similitud entre estos hallazgos patológicos y los observados en la encefalomielitis diseminada aguda, ciertos autores han sugerido la existencia de una relación entre ambas entidades, considerando a la leucoencefalitis hemorrágica aguda el resultado de un insulto más severo al sistema nervioso central que el de la encefalomielitis diseminada aguda y adscribiendo para ambas como factor etiológico común, una respuesta alérgica a un agente nocivo indeterminado.

El propósito de este trabajo es el de presentar los hallazgos clínico-patológicos observados en una paciente gestante que consecutivamente a una "Enfermedad del arañazo de gato" falleció mostrando las manifestaciones descritas en la leucoencefalitis hemorrágica aguda. En virtud de las observaciones patológicas en nuestro caso, similares a las que se han descrito tanto en la encefalomielitis diseminada aguda como en la leucoencefalitis hemorrágica, creemos que se puede, a través de este caso, demostrar lazos más definidos de conexión entre ambas entidades. Queremos asimismo, llamar la atención sobre la posibilidad de que la presencia de una gestación, en nuestra paciente, pueda haber favorecido el desarrollo de una reacción de tipo alérgico.

Historia Clínica

En las líneas que siguen se describen los datos fundamentados del caso, materia de este trabajo:

Paciente de sexo femenino, de 19 años de edad, primigesta de 5 meses de evolución, fué admitida en el Hospital "Arzobispo Loayza" de Lima en la sala 1ª, Pabellón 1, el día 2 de enero de 1963 (Historia Clínica Nº 169). Ocho días antes había sido arañada en la mano derecha presentando signos inflamatorios con reacción ganglionar en la axila del mismo lado, concomitantemente a escalofríos, sensación de alza térmica, náuseas, vómitos y dolor, tanto en el miembro superior como en el hemitórax derecho. Un día antes de su hospitalización agregáronse a los síntomas anotados, epístaxis y crisis convulsivas de tipo gran mal. La historia familiar y personal fue catalogada como no contributoria. El examen clínico mostró una paciente en mal estado general, en semicoma, con una marcada rigidéz de nuca y signos de Kernig y Brudzinsky positivos, una hiperreflexia osteotendinosa generalizada asociada a una respuesta plantar en extensión bilateral. Movilizaba sus cuatro extremidades al provocarle estímulos dolorosos no apreciándose parálisis o paresias. No encontraron alteraciones en el aparato respiratorio ni circulatorio excepto la presencia de taquipnea y taquicardia. En el abdomen pudo palparse el útero a 5 cms. sobre el borde superior del pubis. Tenía 37º C de temperatura corporal, su frecuencia respiratoria era de 40 por minuto, su frecuencia de pulso 120 y su presión arterial de 105/75. En los días posteriores su estado de conciencia fue agravándose hasta llegar al coma; presentó una arreflexia osteotendinosa y la temperatura aumentó de 37º C a 39º7 C, falleciendo el tercer día de su internamiento.

Los exámenes de laboratorio dieron los siguientes resultados: en dos exámenes de sangre, separados por un día de intervalo se encontró 13.77 gs % y 12.87 gs % de hemoglobina; 4'640,000 y 4'540,000 de hematíes por mmc. 26,700 leucocitos con 64 segmentados y 4 bastones, 21 linfocitos y 10 monocitos; y 28,150 leucocitos con 65 segmentados, 4 bastones, 21 linfocitos y 10 monocitos. Dos controles de urea en sangre mostraron 49 y 96 mgs.%, respectivamente. Las pruebas serológicas para sifílis fueron negativas. Un examen de orina descubrió la presencia de cilindros hialinos y granulosos, algunos leucocitos degenerados, escasos hematíes y vestigios de albúmina. El líquido céfalorraquídeo fue xantocrómico y turbio y contenía 3,200 células x mmc (69% de neutrófilos y 31% de linfocitos),

45 mgs. % de glucosa, 200 mgs. % de proteínas, con positividad de las reacciones de Pandy, Rivalta y None Apelt. No se encontró ningún germen y el cultivo fue negativo.

En el tratamiento se administró penicilina, estreptomicina, cloranfenicol, dexametasona y además, suero en venoclisis.

Autopsia

Los hallazgos patológicos generales revelaron la presencia de una ulceración abscedada en el dedo índice derecho y adenitis regional, sobre todo axilar, cuyo estudio bacteriológico fue negativo. Los pulmones mostraron congestión, edema y focos de neumonitis intersticial. En el resto de los órganos lo más destacable fué la presencia de focos hemorrágicos en el hígado, adrenales y bazo; en este último se pudo apreciar asimismo una discreta proliferación de células plasmáticas.

El cerebro pesó 1300 gramos y al examen externo mostró cn ensanchamiento de las circunvoluciones fronto-parietales en uno y otro hemisferio cerebral, estando los surcos respectivos reducidos en su ancho. Había una discreta herniación de la circunvolución del cuerpo calloso de derecha a izquierda de aproximadamente unos 5 m.m. de espesor.

El tronco encefálico y el cerebelo eran macroscópicamente normales, y los vasos arteriales de la base no evidenciaban alteraciones en su trayecto ni lesiones murales en sus paredes.

Las leptomeninges se mostraban opalescentes y contenían un exudado blanco-grisáceo que siendo más evidente a lo largo de los surcos a ambos lados de las venas corticales, se notaba más claramente en la convexidad del cerebro.

Las venas corticales estaban intensamente ingurgitadas mientras que los senos venosos durales se mostraban permeables.

La duramadre tenía características macroscópicas normales.

Las secciones coronales del cerebro permitieron apreciar la presencia de una serie de lesiones hemorrágicas, algunas lineales (Fig. 1, 2) otras redondeadas, (Fig. 1, 3) que no excedían más de 1 cm. en su diámetro, limitadas casi estrictamente a la sustancia blanca del centro oval, llegando algunas de ellas a contornear la corteza gris a lo largo de las fibras arqueadas, pero sin invadir dicha corteza cerebral adyacente (Fig. 1, 3). Estas lesiones se notaban preferentemente a nivel de los lóbulos frontal y parietal en ambos hemisferios cerebrales (Fig. 1, 2). En otras oca-

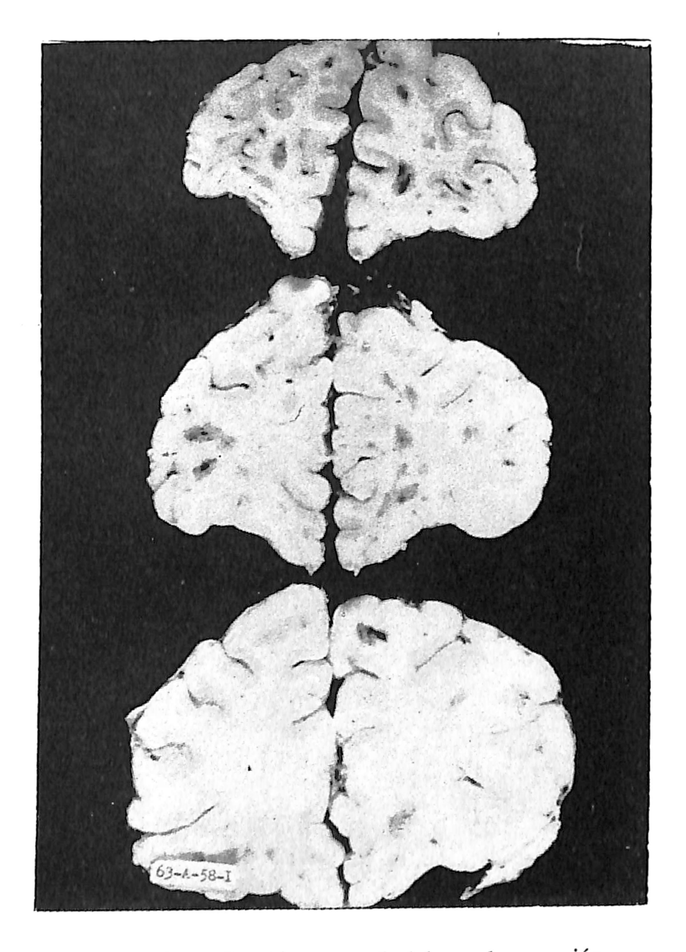


FIG. Nº 1—Sección coronal del cerebro, región frontal. Se nota una serie de lesiones hemorrágicas limitadas a la sustancia blanca.

siones tales lesiones aparecían como punteado hemorrágico en un área pequeña, generalmente redondeada de aspecto grisáceo-oscuro. Estas últimas lesiones se distribuyen irregularmente por todo el resto de la sustancia blanca, aunque predominaban en las regiones parieto-occipitales (Fig. 1).

La sustancia gris cortical tenía características externas normales y del mismo modo se notaban las estructuras grises basales.

Las secciones del tronco encefálico fueron negativas, pero las del

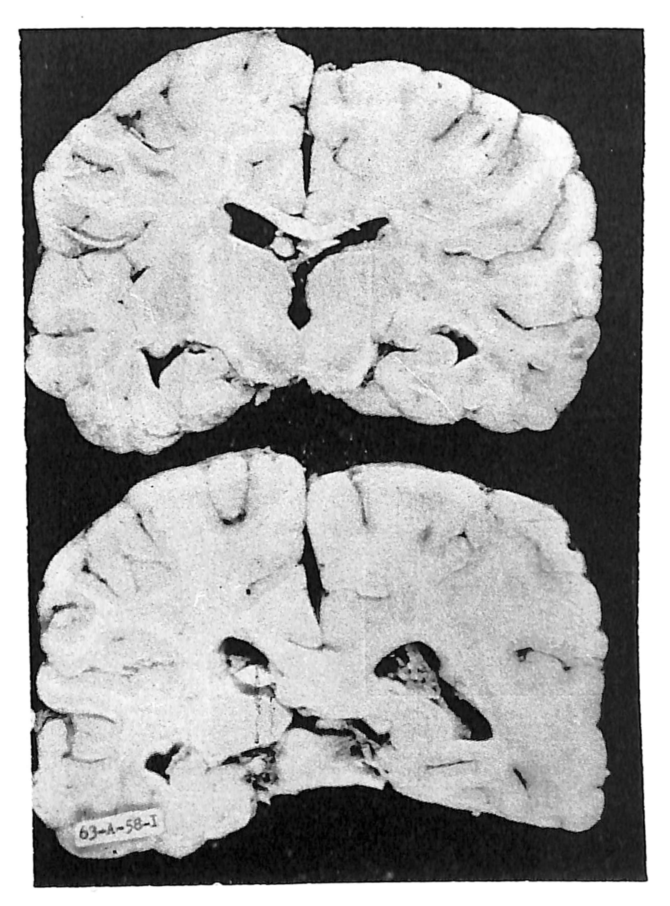


FIG. Nº 2—Sección coronal a nivel de la región parietal. Se observan lesiones hemorrágicas lineales con características similares a la figura 1.

cerebelo mostraron un área de aspecto similar a un infarto hemorrágico de 1.5 po 1 cms. de diámetro, afectando los lobulillos: semilunar superior e inferior, en el lado izquierdo.

Las cavidades ventriculares estaban discretamente dilatadas, sobre todo la de los ventrículos laterales. Había un cavum pellucidum presente.

Una porción de médula espinal correspondiente al engrosamiento lumbar, cono medular y cola de caballo mostró solamente congestión de las venas superficiales.

Microscópicamente, las lesiones más importantes estaban confinadas a las sustancia blanca central de ambos hemisferios cerebrales, predominando en las regiones frontal y parietal. Estas lesiones principalmente afectaban a los vasos sanguíneos y al tejido cerebral adyacente. Unas se caracterizaban por ser áreas de necrosis dispuestas perivascularmente, en las que el tejido cerebral estaba completamente dislacerado e infiltrado por macrófagos histiocitarios y células microgliales (Fig. 4). Ocasionalmente estas últimas rodeaban por completo la pared del vaso sanguíneo, disponiéndose como una "corona radiante", pero otras veces predomi-



FIG. Nº 3—Sección coronal del polo frontal derecho. Se aprecian lesiones hemorrágicas en la sustancia blanca, contorneando las fibras arqueadas sin invadir la corteza.



FIG. Nº 4—Necrosis perivascular marcadamente infiltrada con macrófagos histiocitarios y células microgliales. Se nota desmielinización y edema del tejido adyacente. Col. H.E.

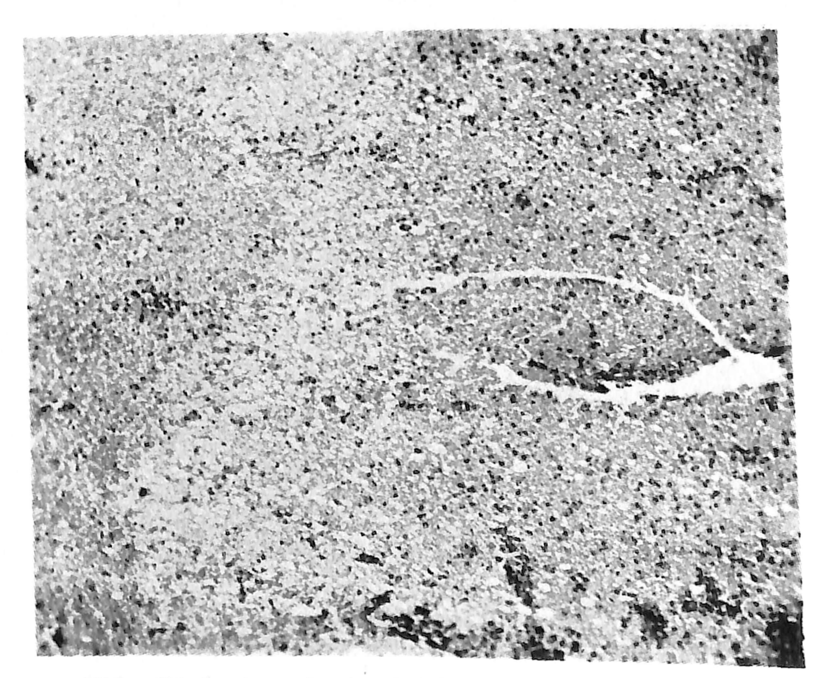


FIG. Nº 5—Area de desmielinización en el tejido circundante a un área de necrosis. Col. H.E.

naban en un sector y se extendían por el tejido circundante. Mezclados con estos macrófagos, se podía notar la presencia de células plasmáticas y polimorfonucleares en gran cantidad y, en menor proporción, linfocitos. En muchas de estas áreas de necrosis se apreciaba además una reacción astrocitaria de moderada intensidad en su alrededor y algunos focos hemorrágicos en su interior.

Otras lesiones se caracterizaban por ser zonas hemorrágicas constituídas por hematíes frescos, adoptando a veces una disposición netamente perivascular; en otros casos se presentaban como focos hemorrágicos en derredor de un vaso, existiendo entre ambos un delgado anillo de tejido necrótico con las características de las llamadas "hemorragias en anillo" y finalmente, en otras, adoptaban la apariencia de una hemorragia focal no centrada por un vaso.

Tanto las áreas de necrosis como las de hemorragia, eran confluentes en algunas regiones y muchas de ellas mostraban en su interior o en su derredor, zonas de edema que presentaban un color rosado homogéneo con la coloración de hematoxilina-eosina (Fig. 8).

La coloración de mielina (Weil) demostró marcada desmielinización en las áreas tanto de necrosis como de hemorragia, extendiéndose la pérdida de mielina al tejido adyacente (Fig. 6). Los cilindroejes estaban

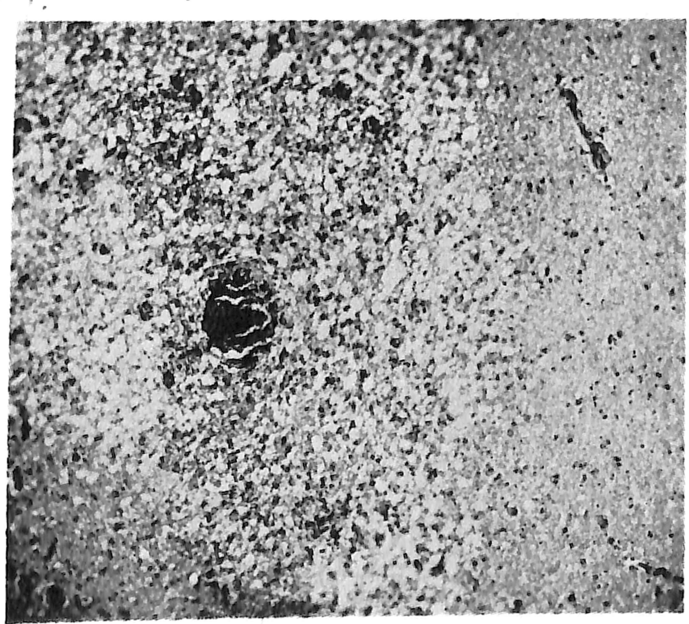


FIG. Nº 6—Area de desmielinización perivascular sin componente necrótico. Col. Weil.

también comprometidos, siendo un hallazgo frecuente la fragmentación y dilatación varicosa de los mismos.

En ciertas regiones, en especial al nivel de los lóbulos occipitales, se pudo apreciar áreas de tejido esponjoso, evidentemente desmielinizadas y con disposición irregular. Sin embargo, no contenían elementos inflamatorios ni microgliales y los axones estaban conservados.

Los vasos sanguíneos, dentro de las áreas de necrosis como de hemorragia, mostraban infiltración de sus paredes por células predominántemente microgliales y proliferación endotelial, que en algunos de ellos era tan marcada que ocluía complentamente su lumen. En otros, se pudo constatar una degeneración fibrinoide en sus paredes, que a la coloración hematoxilina-eosina presentaba el aspecto de un tejido homogéneo, a veces grumoso y de color rosado oscuro, que comprometía sobre todo la capa medía del vaso y que, a la coloración tricrómica, tomaba un color rojo brillante (Fig. 7). Estos cambios afectaban fundamentalmente a las vénulas, pero también a algunos capilares y arteriolas. No se encontró lesiones en vasos de mayor calibre.

El resto de la sustancia blanca mostraba cierto grado de edema, traducido por la palidez de las vainas de mielina a la coloración respectiva, presencia de un trasudado homogéneo en algunas zonas e hinchazón del citoplasma de las células oligodendrogliales.

En la corteza cerebral las neuronas estaban morfológicamente normales y conservaban su linearidad. En la capa molecular había una discreta proliferación de astrocitos fibrosos, evidentemente secundaria al proceso meníngeo adyacente. Numerosos vasos arteriales parenquimales mostraban proliferación endotelial y algunos de ellos infiltración intramural por células microgliales que además se extendían al espacio perivascular. No se observaron áreas de necrosis ni de hemorragia en la corteza cerebral y tampoco reacción inflamatoria perivascular en los vasos parenquimales de sus capas profundas.

En el cerebelo, la lesión descrita macroscópicamente se mostró como un área de necrosis intensamente infiltrada por histiocitos microgliales, células plasmáticas y polimorfonucleares. Esta área presentaba numerosos focos hemorrágicos similares a los mencionados anteriormente, conteniendo algunos de ellos en su interior, vasos sanguíneos con degeneración fibrinoide de su pared; otros, infiltración intramural y perivascular por células microgliales y polimorfonucleares. Cabe anotar que, en la zona necrótica, había células de Purkinge conservadas y aquellas de la cor-

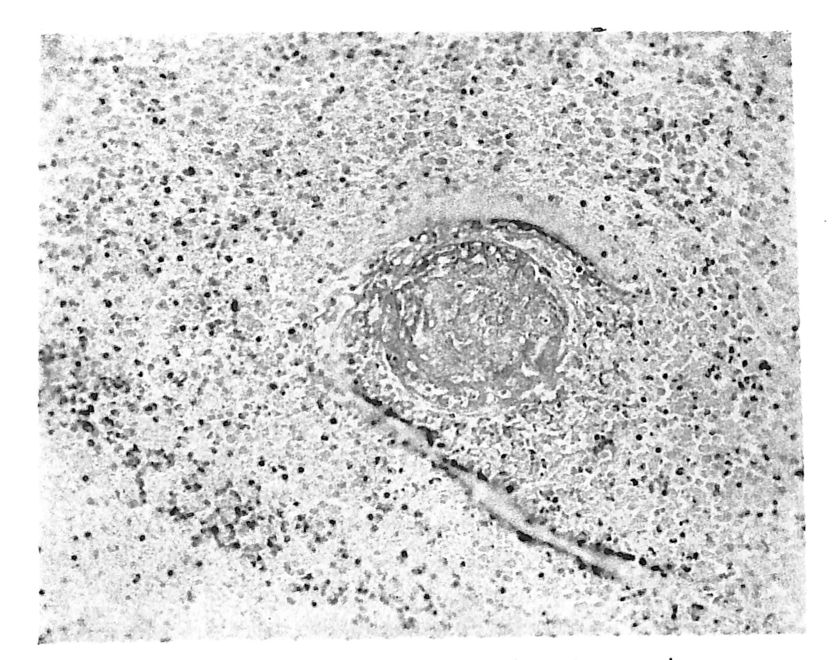


FIG. Nº 7—Arteriola próxima a un área de necrosis mostrando degeneración fibrinoide de su pared. Col. Tricrómica. Masson.



FIG. Nº 8—Leptomeninges intensamente infiltradas por las células plasmáticas, histiocitos y polimorfonucleares. Se nota área de edema dentro del exudado inflamatorio. Col. H.E.

teza cerebelar próxima a la misma, no objetivaron cambios isquémicos. Merece también destacarse que, en esta estructura, las lesiones no sólo comprometían las sustancia blanca sino que se extendían a la sustancia gris vecina.

El tronco encefálico y la médula espinal no evidenciaron compromiso parenquimal ni vascular.

Las leptomeninges, mostraron una densa infiltración celular (Fig. 8) constituída por células plasmáticas maduras e inmaduras (Fig. 8), abundantes histiocitos aracnoideos y polimorfonucleares en escasa cantidad. Los vasos meníngeos estaban congestionados y las paredes de algunos de ellos infiltradas por los mismos elementos descritos. Numerosas ramas intracorticales de estos vasos presentaban similar infiltración, pero sobre todo perivascular. Estos cambios meníngeos afectaban por igual a la leptomeninge craneal y espinal.

DISCUSION

Las manifestaciones del proceso que afectó a nuestra paciente, se tradujeron clínicamente por el desarrollo, en forma progresivamente rápida, de un cuadro infeccioso aparentemente banal en su inicio, con todas las características de la enfemedad de arañazo de gato, tales como la presencia de una pequeña lesión máculopapulosa a nivel de la puerta de entrada de la infección (zona arañada), adenitis regional, malestar general y fiebre, pero que, aproximadamente, ocho días después evolucionó a un compromiso avasallador del sistema nervioso central con manifestaciones convulsivas de tipo gran mal, hiperreflexia generalizada y Babinski bilateral; que la llevaron a la muerte en un curso total de 11 días. Este cuadro podría corresponder al que se ha descrito como la encefalitis o encefalopatía del arañazo de gato (7, 8, 9, 10, 11). Paxson y Mac Kay (12) en un análisis de los 12 únicos pacientes que presentaron manifestaciones neurológicas entre algo más de 200 casos de esta enfermedad, en su revisión bibliográfica, observaron que después de un período que fluctuaba entre 3 y 50 días de la presencia de la adenopatía, hacían su aparición signos neurológicos del tipo de coma, convulsiones, rigidez de nuca y parálisis, pero evolucionando en forma favorable a la recuperación. En la ausencia de tests específicos, ellos sugieren que el diagnóstico de tal encefalitis debe ser basado en la evidencia circunstancial de:

(a) Historia de contacto con un gato o arañazo de gato. (b) Adenopatía regional. (c) Un test positivo con el antígeno correspondiente. (d) Estudio histológico del ganglio infartado, con cultivo estéril del mismo. (e) La presencia de síntomas encefalíticos desarrollados dentro de las seis semanas posteriores a la adenopatía, sin que haya una causa diferente que los pueda explicar.

En nuestra paciente a pesar de que muchos de los hallazgos pudieran encasillarse dentro del esquema diagnóstico sugerido por Paxson y Mac Kay, la presencia de un líquido céfaloraquídeo xantocrómico conteniendo 3,200 células y 200 mgs. de proteínas y la evolución desfavorable del cuadro clínico que la llevó a la muerte en corto período, planteaban la consideración de que otro proceso se había agregado y que bien pudiera corresponder a una encefalomielitis post infecciosa o quizá, más propiamente, a una leucoencefalitis hemorrágica aguda. Con respecto a esta última, si bien es cierto que hasta en la actualidad no se ha descrito que sea consecutiva a una enfermdad del arañazo de gato, es conocido que puede presentarse consecutivamente a enfermedades virales, como a una neumonía atípica "viral" (73) y a una varicela (14). Además ha sido señalada la posibilidad de que una leucoencefalitis hemorrágica aguda pueda ocurrir en parientes que está en contacto con una persona afecta de sarampión (15). Con respecto a la encefalomielitis diseminada aguda complicando ciertos procesos infecciosos virales, tipo sarampión, varicela, viruela, rubeola, etc., las características del líquido céfaloraquídeo difieren de las de nuestro caso, en que frecuentemente se ha encontrado con discreta pleocitosis mononuclear o dentro de la normalidad (16, 17)

Las alteraciones patológicas más importantes del cerebro, pueden resumirse del modo siguiente:

(a) Areas de necrosis con destrucción de mielina y en menor grado axones, de disposición perivascular; con intensa infiltración celular, sobre todo por macrófagos histiocitarios y células microgliales, que también se extendían en forma dispersa e irregular a los tejidos adyacentes. Convendría señalar que la presencia de una reacción a base de células mononucleares hitiocitarias se observa con mayor frecuencia en la encefalomielitis diseminada aguda, aún en la forma experimental, que en la leucoencefalitis hemorrágica aguda, tanto que De Vries (18) basado en el predominio de células macrogiales prefiere la designación de "encefalitis microglial" para la encefalomielitis diseminada aguda. La presen-

cia de células polimorfonucleares, abundantes en algunas áreas de nuestro caso, se puede encontrar en las lesiones más agudas de una y otra condición aunque tienden a ser particularmente prominentes en la leucoencefalitis hemorrágica aguda (19, 20, 21).

(b) Hemorragias del tipo "en anillo" (ring hemorrhages) y hemorragias focales no centradas por un vaso (ball hemorrhages), constituídas por hematíes frescos y adoptando en su mayoría una disposición perivascular. Si bien la presencia de este tipo de hemorragias ha sido señalada en las lesiones más agudas de la encefalomielitis diseminada (19-12), este hallazgo es evidentemente más notorio en la leucoenfalitis hemorrágica aguda, tanto que en base a ello se le ha dado su designación.

El mecanismo patógenico de estas lesiones hemorrágicas, no está bien establecido. Algunos autores, sin embargo, suponen que estas son el resultado de una reacción antígeno-anticuerpo a nivel del endotelio de los capilares, con disminución consecuente de la velocidad circulatoria por vasodilatación y daño efectivo de las células endoteliales (22).

(c) Areas de desmielinización con escaso componente inflamatorio y sin reacción axonal. Aunque en menor número, su distribución irregular le daba características similares al "aspecto atigrado" que se describe en la encefalomielitis diseminada aguda. De hecho, tanto las áreas de necrosis como las hemorrágicas y las que estamos describiendo, estaban confinadas a la sustancia blanca, lo que nos permite establecer el concepto de que estamos frente a una afección de tipo desmielinizante. En el cerebelo sin embargo, las áreas de necrosis no sólo comprometían la sustancia blanca sino que también se extendían afectando la sustancia gris; no es de extrañar esta última situación desde que, lesiones similares afectando sustancia gris han sido descritas tanto en la encefalomielitis diseminada aguda post vacinal o post infecciosa (21, 23) como en la leucoencefalitis hemorrágica aguda. (1, 24).

(d) Presencia de degeneración fibrinoide de algunos vasos sanguíneos de pequeño calibre, sobre todo las vénulas. El hallazgo de necrosis de la pared vascular con degeneración fibrinoide de la misma, ha sido considerado como muy característico en la leucoencefalitis hemorrágica aguda, al extremo de haberse señalado que el diagnóstico de esta afección difícilmente puede hacerse en su ausencia (19). De otro lado, la presencia de degeneración fibrinoide en la pared vascular, patogéni-

camente, ha sido relacionada con un mecanismo inmunológico, tal como el que ocurre en la periarteritis nodosa y otras colagenopatías.

(e) Edema esencialmente perivascular, que en algunas áreas tendía a ser confluente y en ocasiones se extendía a lo largo de la sustancia blanca pero sin tener el carácter difuso del edema observado en ciertas formaciones expansivas intraparenquimales. Así mismo se encontraba palidez de la sustancia blanca asociada a hinchazón del citoplasma de las células oligodendrogliales. Estos hallazgos son raros en la encefalomielitis diseminada aguda (21) pero se encuentran con frecuencia en el examen histológico de cerebros procedentes de pacientes afectos de leucoencefalitis hemorrágica aguda y también en los casos de encefalomielitis alérgica experimental (19, 25 26).

Para explicar esta alteración se ha invocado la presencia de un mecanismo similar al condicionante de la hemorragia en estas afecciones, es decir una reacción inmunológica de hipersensibilidad inmediata, que produciría dilatación capilar y venosa con estasis, tumefacción y aumento de la permeabilidad de la pared vascular que favorecería la transudación de líquido plasmático en forma comparable a lo que ocurre experimentalmente en un fenómeno de Arthus de poca intensidad (27, 28).

(f) Una reacción meníngea con predominancia de células plasmáticas maduras e inmaduras y menor cantidad de macrófagos aracnoideos y polimorfonucleares. Merece destacarse la presencia de plasmocitos, células caracterizadas por una condensación de cromatina nuclear con aspecto semejante al de "rueda de carreta", un "halo paranuclear de Hof" y un aumento de la basofilia citoplasmática. A estas células se les ha relcionado con la producción de gamma globulinas y posiblemente de anticuerpos y de ese modo participarían en el desarrollo de la enfermedad a que nos estamos refiriendo (28). Este mismo tipo de elemento celular ha sido notado infiltrando, en forma discreta, el bazo en nuestra paciente y bien podría tener en este último, la misma significación. Dorothy Russell (24) ha insistido en la presencia de un exceso de células plasmáticas y plasmoblastos en sus casos 1 y 3, de leucoencefalitis hemorrágica aguda y encefalomielitis diseminada aguda respectivamente y hace mención en su trabajo a Tunrbull (29), quien considera la reacción plasmocitaria del bazo como un hallazgo constante de la encefalomilitis diseminada aguda.

Por estas observaciones neuropatológicas y ante la similitud de las manifestaciones clínicas, que en sí, son las que se presentan en procesos de compromiso difuso del cerebro, por lo general de origen infeccioso; creemos tener bases más concluyentes para sentar la relación estrecha entre la leucoencefalitis hemorrágica aguda y la encefalomielitis diseminada aguda, considerando a la primera como producto de una reacción de hipersensibilidad más severa ante un agente nocivo de características similares al que actúa en la segunda. En esencia, tenemos hallazgos muy característicos de los descritos en la encefalomielitis diseminada aguda, como son la presencia de áreas de necrosis con intensa infiltración microglial, áreas de desmielinización y la reacción inflamatoria meningotisular; pero asimismo tenemos, en nuestro caso, hallazgos frecuentes en la leucoencefalitis hemorrágica aguda, principalmente las áreas de hemorragia, la degeneración fibrinoide de la pared vascular y el edema tisular. A una conclusión semejante llegaron Jervis, Ferrero y Kopeloff (21, 30) en base de sus estudios experimentales sobre anafilaxia cerebral en monos los que después de ser sensibilizados por una o varias inyecciones de proteínas heterólogas (clara de huevo) y la subsecuente inyección intracerebral del mismo antígeno, resultaban con una reacción anafiláctica con las mismas característicals clínicas e histopatológicas observadas en los casos humanos de leucoencefalitis hemorrágica aguda y asimismo, en áreas lejanas a los sitios de inyección, modificaciones histopatológicas semejantes a las de la encefalomielitis diseminada aguda. Es más, por el cambio de procedimiento experimental, esto es, inyectando el antígeno primero intracerebralmente y después en el torrente sanguíneo, se producía un cuadro clínico más retardado y un cuadro patológico similar al de la encefalitis perivenosa. En sus conclusiones, estos autores consideran la existencia de una estrecha relación entre la leucoencefalitis hemorrágica aguda y la encefalomielitis diseminada aguda, basándose en sus observaciones patológicas.

Dorothy Russel (24) por el estudio clínico patológico de tres casos, dos de leucoencefalitis hemorrágica aguda y uno de encefalomielitis diseminada aguda se pronuncia por una conclusión semejante, en el sentido de considerar a una y otra como variaciones del mismo proceso patológico, difiriendo principalmente en la violencia del insulto al sistema nervioso central; considera también que la unidad entre estas dos entidades, serviría para identificarles en cuanto a su etiología: una reacción de tipo inmunológico.

Por el hecho de que nuestra paciente haya desarrollado un cuadro neurológico de marcada severidad consecuente a un proceso infeccioso aparentemente banal (cat scratch), siendo ella portadora de una gestación de 5 meses de evolución, se puede aducir la consideración frecuente señalada, de que el embarazo favorecería el desarrollo de reacciones inmunológicas, capaces de agravar procesos concomitantes, en afecciones que se suponen de origen alérgico.

RESUMEN

Este trabajo presenta los hallazgos clínicopatológicos, de una paciente de 19 años de edad, primigesta de 5 meses de evolución, que posteriormente a manifestaciones clínicas banales de la enfermedad del arañazo de gato desarrolló un marcado compromiso del sistema nervioso central con signos meníngeos, coma y crisis convulsivas. El líquido céfaloraquídeo xantocrómico, mostró una pleocitosis a predominio polimorfonuclear y 200 mgs.% de proteínas.

Patológicamente, el cerebro mostró áreas de necrosis, mayormente de disposición perivascular; desmielinización, en ocasiones sin compromiso necrótico del tejido y focos de hemorragia, del tipo "en anillo" y de aquellas no centradas por un vaso. Todas estas lesiones, confinadas a la sustancia blanca, con las características descritas tanto en la leucoencefalitis hemorrágica aguda como en la encefalomielitis diseminada aguda.

Creemos que, en base a este caso, tenemos evidencia para asegurar que existe una estrecha relación entre ambas entidades, considerando a la leucoencefalitis hemorrágica aguda como la consecuencia de un insulto más severo al sistema nervioso central, por un agente nocivo que actuaría en forma similar al que desencadena la encefalomielitis diseminada aguda.

La presencia de una gestación en nuestra paciente, puede considerarse como contribuyente al mecanismo inmunológico, capaz de agravar la afección de probable origen alérgico desarrollada en ella.

Se destaca el hecho, de ser este, posiblemente, el primer caso descrito de leucoencefalitis hemorrágica aguda consecutivo a la enfermedad del arañazo de gato de la afección a que nos estamos refiriendo.

Agradecimiento

Dejamos constancia de nuestro expresivo agradecimiento por las facilidades proporcionadas al Dr. Alberto Cuba Caparó, Director del Instituto de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en cuya sección de neuropatología se llevó a cabo esta labor.

REFERENCIAS

1. ADAMS, R.D., CAMMERMEYER, J and DENNY BRONWN D.: Acute necrotizing homorrhagic encephalopathy, J. Neuropath, and Exper. Neurol., 8: I (Jan) 1949. — 2. FOLEY, J.M. and KANE, C.A.: Clinical pathologic conference, Neurology, 7: 135 (Feb) 1957. — 3. LANDER, H.: Acute haemorrhagic leucoencephalitis, Australas. Ann. M., 7 :55 (Feb) 958. — 4. KULICK, S.A.: Acute hemorrhagic leucoencephalitis, report of a case and review of the literature, Boston Med. Quart., II:120 (Dec) 1960. — 5. VANDERFIELD, G.K., TOMPKIN: M. and JELIHOVSKY, T.: Clinipathological features of acute hemorrhagic leucoencephalitis, Aust, Ann. Med., 9 :29 (Feb) 1960. — 6. ONO, I., BETSUYAKU, T., MORITA, M. and ANZOI, T.: An autopsy case of acute hemorrhagic leucoencephalitis, Sapporo Med. J., 19: 253 (April) 1961. — 7. DANIELS, W.B. and MAC MURRAY, F.G.: Cat scratch disease: Report of 160 cases, J.A.M.A., 154: 1247 (April) 1954.— 8. SMITH, R.E. and DARLING, R.M.: Encephalopathy of Cat scratch disease, Journal of Diseases of Children, 99: 107 (Jan.) 1960. — 9. STEINER, M., VUCKOVITCH, D and HADAVI S.: Cat scratch disease with encephalopathy, Journal of Pediatrics, 62: 514 (April) 1963. — 10. THOMPSON, T.E. and MILLER, K.: Cat scratch encephalitis, Ann. int. Mod., 39: 146 (July) 1953. — 11. STEVENS, H.: Cat scratch fever encephalitis, Am. J. Dis. Child. 84: 218 (July) 1952. — 12. PAXSON, E.M. and MAC KAY, K.J.Jr.: Neurologic simptoms associated with cat scratch disease, Pedriatrics, 20: 13 July) 1957. — 13. FOWLER, M. and FRENCH, E.L.: A case of hemorrhagic leucooncephalitis (Hurst) following atypical pneumonía, with a description of cultural and virus studies, M.J. Australia, I: 267, 1941 (citado por Landor, 14). — 14. LANDER, H.: A case of acute hemorrhagic leucoencephalitis (Hurst) complicating varicella, J. Path. and Bacteriol., 70: 157 (July) 1955. — 15. SHALLARD, B. and LATHAM, O. A case of acute hemorrhagic leucoencephalitis, M.J. Australia 1: 145 (Feb) 1945. — 16. HARRISON T.R.: Medicina Interna, tr. por el personal de enfermedades de la nutrición y el de la Prensa médica mexicana, Ed. 2, México, la Prensa médica mexicana, 1962, pag. 1617. — 17. RIVERS THOMAS M.: Viral and rickettsial infections of man, Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1948, pág. 203. — 18. DE VRIE:, E.: Encephalitis following vaccination and exanthematous diseases, in Encephalitides, Edited by L. Van Bogaert and Others, Amsterdam, Elsevier Publishing Company, 1961 pág. 96. — 19. GRREENFIELD, G.: Neuropathology, Ed. 2, London Edward Arnold Ltd., 1963, pág. 475. — 20. MAC ARDLE, J., VAN BOGAERT, L'HERMITTE

F.: La leuco-encéphalite hémorrhagique aigüe (Hurst), Rev. Neurol, 81: 709 (Sep) 1949. — 21. FERRARO, A. and ROIZIN, L.: Hyperergic encephalomyelitides follewing exanthomatic diseases infections diseases and vaccination, J. Neuropath and Exper. Neurol., 16: 423 (Oct) 1957. — 22. WOOLF, A.L. and HOULT, J.G.: Atypical encephalitides, in Encephalitides, Edited by L. Van Bogaert and others, Amsterdam. Elsevier Publishing Company, 1961, pág. 315. — 23. UCHIMURA, Y., and SHIRAKI, H.: A contribution to the clasification and the pathogenesis of demyelinating encephalomyelitis (With special reference to the central nervous system lesions caused by preventive inoculation against rabies), J. Neuropath. and Exper. Neurol., 16: 139 (April) 1957. — 24. RUSSELL, D.S.: The nosological unity of acute hemorrhagic leucoencephalitis and acute disseminated encephalomyelitis, Brain, 78: 369 (Sep) 1955. — 25. WOLF, A.: Spontaneous human and experimental simian demyelinating disease, in Mechanisms of Demyelination, Edited by A.S. Rose and C.M. Pearson, New York, Mc Graw-Hill boock Company, Inc., 1963, pag. 72. — 26. WOLF, A., KABAT, E.A. and BEZER, A.E.: The pathology of acute disseminated encephalomyelitis produced experimentally in the rhesus monkey and its resemblance to human demyelinating disease, J. Neuropath. and Exper. Neurol. 85: 117 (Jan) 1947. — 27. PEARSON, C.M.: Hypersensitivity mechanisms in man and animals, in Mechanisms of Demyelination, Edited by A.S. Rose and C.M. Pearson, New York, McGraw-Hill book Company, Inc. 1963, pag. 93. — 28. GOOD R.A.: Immunologic competence: Its cellular basis, clinical and experimental deficiences, ontogeny and phylogeny, Edited by A.S. Rose and C.M. Pearson, New York, McGraw-Hill book Company, Inc., 1963, pag. 119. — 29. TURNBULL, H. M. and MCINTOCH, J.: Encephalomyelitis following vaccination, Brit. J. Exper. Path., 7: 181 1926. — (citado por Russell D., 24). — 30. JERVIS, G.A., FERRARO, A., KOPELOFF, L. and KOPELOFF, N.: Neuropathologic changes associated with experimental anaphylaxis in the monkey, Arch, Neurol. and Psychiat., 45: 733 (May) 1941.

ALGUNOS ASPECTOS PSICODINAMICOS EN UN GRUPO DE DELINCUENTES JUVENILES *

HUMBERTO NAPURI JORDAN Y FRANCISCO VASQUEZ PALOMINO **

INTRODUCCION

Esencialmente el término "dinámica de grupo" describe un área de estudio e investigación en las ciencias sociales. Se ha comparado la dinámica de grupo a la dinámica de la personalidad, es decir, a la interacción de fuerzas que se ejercen, tanto del interior como del exterior, la acción de estas fuerzas y sus resultados sobre un grupo dado constituye su dinámica. Del mismo modo que una personalidad es entendible por las fuerzas que actúan en ella a lo largo de su existencia, podemos entender un grupo por las fuerzas que actúan sobre él.
Luego, la dinámica de un grupo es lo que está pasando en el grupo.

Cada grupo tiene su propia dinámica, su propio patrón de fuerzas, a veces, algunas de éstas fuerzas parecen existir apenas, pero su potencialidad existe en cualquier grupo.

La dinámica de los grupos es, entonces, un campo propicio para el análisis, el estudio y la comprensión científicos. No hay interés en los valores o metas. De allí que exista en este campo una infinidad de estu-

---

* Trabajo presentado en el III Congreso Latino-Americano de Psiquiatría en colaboración con los Drs. Mauro Beas y Yolanda La Torre, psicólogos clínicos del Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima; de la Dra. Gladys Carbajal, psicóloga clínica; y del Sr. Derman Villacorta, estudiante de la Facultad de Pedagogía de la U.N.M.S.M.

** Jefes Instructores del Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M.

dios. Así tenemos que French estudió los efectos del miedo y la frustración en los grupos; Morton Deutsh ha estudiado el sistema cooperativo de los grupos, etc. etc.

En realidad, sería ocioso referirnos al cuerpo de conocimientos acumulados en este campo, ya que la bibliografía es vastísima.

MATERIAL Y METODO

Para la estructuración del presente trabajo hemos estudiado un grupo de jóvenes delicuentes, utilizando:

1) La evaluación de protocolos de 20 sesiones del grupo.
2) Grabación magnetofónica de las sesiones.
3) Estudio biográfico de los integrantes del grupo.
4) Evaluación de los tests psicológicos de la personalidad.
5) Evaluación de la apreciación subjetiva del observador.

Para las reuniones del grupo procedimos —en lo substancial— de acuerdo a las normas establecidas en las sesiones de los "Grupos de Trabajo" que funcionan desde hace tres años, en el Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. En dichas reuniones, los grupos constan de diez alumnos, que hacen las veces de "miembros participantes", un líder-participante-miembro de la cátedra —que es "el conductor del grupo" y un observador que se encarga de registrar por escrito— —lo más fielmente posible— los temas, actitudes y comportamientos del grupo. Al final de la reunión hace un resumen de los temas expuestos para que el líder analice o interprete.

En nuestro grupo de estudio, —Maranga— realizamos algunas modificaciones: 1) participaron dos observadores. Uno hacía las veces de registrador y el otro acotaba las actitudes y situaciones emocionales del grupo. 2) Toda la sesión era grabada por medio de una cinta magnetofónica y 3) Nos reuníamos dos veces por semana.

A) *Estructura del Grupo*:

a) *Integrantes*: El grupo estaba compuesto de 10 adolescentes seleccionados en entrevistas personales entre 100 jóvenes recluídos en el Centro

Piloto Nacional de Reeducación de Menores (Maranga) escogidos al azar, cuyas edades fluctuaban entre los 16 y 18 años. Se les hizo una evaluación psicológica de la afectividad, memoria e inteligencia, tratando de escoger a aquellos que tuvieran condiciones adecuadas para beneficiarse con psicoterapia. Se seleccionaron 10 miembros, todos varones, con un grado de instrucción de nivel primario. La mayor parte de ellos pertenecía a familias desintegradas y provenían de un estrato socioeconómico inferior al nivel obrero.

b) *Antecedentes*: siete miembros del grupo tenían diecisiete años; de los tres restantes dos tenían dieciocho años y uno 16 años. Todos habían ingresado por actos antisociales.

Tres habían sido confinados por homicidio y los demás por robo. Seis de ellos eran reincidentes por robos y contínuas fugas del Centro. Ninguno había recibido tratamiento psicoterapéutico individual ni grupal. Según el sistema de clasificación del Centro tres de los miembros pertenecían al grupo "A", calificados como los menos agresivos o peligrosos y los otros siete pertenecían al grupo "B", calificados como agresivos o incorregibles. Por tal motivo vivían en patios separados.

c) *Normas*: La asistencia al grupo era espontánea, es decir, se trataba de un grupo "voluntario" y fué "cerrado" desde un comienzo. Debido a la deserción de dos de los miembros, por circunstancias impredecibles, se incluyeron otros dos miembros reemplazantes, que también fueron seleccionados de acuerdo a los patrones antes citados. El líder y los observadores han sido los mismos durante las 20 sesiones. Las reuniones se han realizado dos veces por semana de 3.30 pm. a 5 pm., es decir, hora y media de duración. Nos reuníamos todos los miércoles y sábados La hora y el día fueron escogidos por el mismo grupo.

Cada miembro del grupo era libre de ubicarse y escoger su sitio en cada reunión y, asi mismo, gozaban de libertad con relación al tema de discusión; teniendo una actuación dentro del grupo sin margen ni límite alguno. Con ello queríamos darle un clima de permisividad, tendiente a favorecer la espontaneidad del grupo, no existiendo, así, normas rígidas de conducta impuestas por nosotros.

d) *Local*: Las reuniones se realizaron en el mismo edificio del centro. Las dos primeras sesiones se realizaron en locales diferentes; las restantes en un local permanente. Este lugar es una habitación amplia que

queda en el 3º piso del edificio, de 6 por 4 metros de dimensión, adecuadamente iluminada por una amplia ventana. La falta de mobilidad y aseo creaban una atmófera fría y rechazante, poco propicia a la intimidad; la única ventaja de la sala era de estar practicamente aislada del resto del edificio.

Hemos creído conveniente presentar como complemento de este trabajo un estudio biográfico breve de cada uno de los miembros del grupo para así poder orientarnos en el desarrollo del proceso psicodinámico grupal.

Para la recolección de los datos nos hemos basado en el cuestionario de historia psicosomática que empleamos en el Hospital Obrero de Lima, ya que consideramos que era la que más se adaptaba para dicho estudio. Así mismo; hemos incluído en la segunda parte de este capítulo los hallazgos de los tests psicológicos. Los originales quedarán archivados en la secretaría del Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de San Fernando.

B) *Estudio de la personalidad de los miembros del grupo*

Hemos tomado como base el análisis de las pruebas psicológicas interpretando en un primer momento los hallazgos de:

—"El tests de Matices Progresivas de Raven".
—"El tests de la Figura Humana de Machover".
—"El tests de Frases Incompletas de Sacks" y
—"El Psicodiagnóstico de Rorschach".

En una segunda parte de este estudio analizamos el Psicodiagnóstico de Rorschach colectivo para luego, en las conclusiones finales del trabajo, hacer un estudio comparativo de los perfiles psicológicos y los hallazgos grupales, producto de las sesiones.

1) *Estudio grupal de los tests de Raven, Machover, Sacks y Rorschach individual.*

El grupo se maneja a un nivel de bajo rendimiento intelectual, siendo su diagnóstico, en el tests de Raven, *deficiente*. Se puede considerar este resultado como "aproximado", ya que traduce factores de represión en su rendimiento como son: La realización anafectiva, la falta de motivación,

el bajo nivel socioeconómico, la falta de información, así como disposiciones personales relativas al "espacio matemático" que van en desmedro de una apreciación más justa del potencial intelectual del grupo.

En cuanto a sus rasgos de personalidad, se puede observar los siguientes resultados en orden decreciente: la dependencia materna, la intolerancia a la frustración y masturbación, estos rasgos nos permite afirmar la existencia de factores psicodinámicos internos determinantes en la conducción de la personalidad. Estos factores llevan una búsqueda ansiosa de afecto (madre) agresividad frente al objeto que frustra y niega gratificación y respuesta agresiva frente a las necesidades personales.

La mala estructura familiar provoca en ellos inseguridad y ausencia de marcos de referencia. El grupo siente su impulsividad en forma primaria la cual satisface sus necesidades que son sentidas con carácter de urgencia.

La agresividad a la figura paterna es mucho más manifiesta, careciendo del carácter de dependencia que se observa frente a la figura materna. De aquí resulta que la figura de autoridad —de la imago paterna— causa temor, estimulando la agresividad que supera el freno impuesto por el mundo exterior.

La personal ubicación del Yo en el mundo está orientada por la conciencia de la propia inferioridad, que al sentirse al margen de lo establecido en la sociedad causa desorientación impidiendo llevar al Yo inmaduro a la comprensión de una necesidad de adaptación que se realiza sólo sobre bases instintivas, tratando así de evitar la frustración. Es notorio en el grupo la frecuente motivación para el trabajo y la reinvindicación, pero carece de firmeza y profundidad. La indecisión lo convierte en un grupo inestable. Siempre dispuesto a la acción, pero también al cambio, debido a su vivacidad siempre cambiante.

La irresponsabilidad en el trabajo, en general, traduce también la agresividad manifiesta en la figura de autoridad. Existiendo una predisposición particular a proyectar las propias frustraciones al medio, dándoles la impresión de sentirse perseguidos, esto es una actitud sobrecrítica del medio con un cierto "tinte" de ánimo paranoide, que puede ir creciendo de acuerdo al aumento de la situación traumática. Se capta así mismo una fuerte tendencia a la hipercaptación de los estímulos amenazadores, capaz de detectar el peligro, en el que parece estar sumergida la vida del grupo.

La líbido, al igual que toda la vida instintiva del grupo, es fuerte, ha-

llándose en este caso teñida de una agresividad que sirve de resguardo frente al afecto. Podemos apreciar en forma particular una afectiva represión de tendencias superiores que pueden amenazar la seguridad lograda en la defensiva; es así como lo sexual se mezcla con fantasías destructivas.

La masturbación es un rasgo altamente defectado, por ser la gratificación inmediata a un impulso que busca satisfacerse en forma primaria, urgente y a la vez como única fuente de gratificación.

La heterosexualidad en un sector se halla bien motivada, pero en otro sector existe un rechazo frente al temor irracional de ser rechazados.

Frente al futuro, el grupo varía en sus aspectos existiendo un sector pesimista donde el futuro sólo es visto en la fantasía carente de realidad, vivenciándole en general como malo. Existe otro sector, optimista, en el cual el futuro, es una salida a la angustia actual, siempre idealizada en el logro de un trabajo de dinero y del hogar, lo que nos dice de una buena disposición para lograr adaptaciones, ya que estos son en general los ideales de nuestra sociedad. Pero, como dijimos anteriormente esta motivación no es auténtica debido a la indecisión, a la falta de madurez, al ánimo cambiante y sobre todo a la conciencia de inferioridad social.

El grupo se muestra también, irritable, reacciona en forma explosiva lo que es capaz de conducirlo a una respuesta insultante, o a un acto de violencia. Existe un arraigado sentimiento de culpa que ha determinado en la mayoría de ellos rasgos marcadamente neuróticos; debido a que el objeto de gratificación es buscado en forma oral en el medio. Así mismo se han encontrado otros rasgos neuróticos marcados, como la ansiedad é inseguridad angustiosa y cierta tendencia a la autoagresión.

Por otra parte el autoreproche se haya referido, más que a la situación de punición actual existencial del grupo, a una conciencia moral por carencia adecuada de una formación del super yo. La conducta en el grupo es arrastrada al robo, por necesidades reales, así como por la conciencia de medios de supervivencia, como lo racionaliza el grupo y por causas agresivas frente a la autoridad, que sumadas a la dificultad de adaptación a las normas sociales, causan desorientación e impulsividad carente de frenos interno.

El homicidio es una tendencia en un pequeño sector del grupo, pero no puede negársele significación; puesto que la impulsividad junto con la eclosión de impulsos agresivos pueden lograr la destrucción del objeto frustrador, frente a estímulos neuróticos capaz de suscitarse en una situación conflictiva de alta tensión emocional.

El anhelo del grupo es la libertad, pero, como una necesidad inmediata, sin prospección. Es posible encontrar paradojalmente un miedo a la libertad que puede impulsarlo a la compulsión delictiva.

2) *Interpretación del Psicodiagnóstico de Rorschach Colectivo.*

Los resultados nos muestran una integración general con una tendencia a la depresión. Es evidente la vulnerabilidad ante estímulos exteriores por:

a) Estímulos de color, b) Estímulos grises-negros; es decir que muestran tanto choque neurótico como ansiedad. Pero parece que la desintegración se acentúa ante la lámina IV —connotaciones simbólicas de figuras de autoridad— y ante la lámina VII, en que la productividad llega al mínimo. Ante estas láminas, así como ante las láminas de colores brillantes VIII y X las secuencias se interrumpen enfatizándose los detalles raros- enfoques, a pesar de que en el patrón de respuestas, como un todo, muestran que son capaces de dar atención saludable a los elementos principales de la lámina o detalles grandes. En estas láminas la cualidad de la forma se deteriora presentando desviaciones en el contenido, que se centran alrededor de fantasías. Ante detalles que simbólicamente representan estímulos sexuales existe un fuerte afecto relacionado con este tópico.

El choque es bien observado en el grupo lo que demuestra una perturbación central y profunda; reflejándose así mismo en las críticas y en la autodepreciación, como también en las expresiones de impotencia.

Es característico del grupo una gran necesidad afectiva a la vez que una constricción del afecto, se trata de evitar el color-afecto.

Se hayan algunos rasgos de inmadurez, sin embargo son capaces de responder afectivamente, —afecto. C.F.— transtornándose fácilmente, existiendo así mismo marcadas tendencias a la impulsividad.

Es positivo encontrar rasgos que muestren la capacidad de establecer un buen contacto emocional. Así, transforma, situaciones difíciles afectivas en deseos de vida interna, ahora bien, para resolver dichas situaciones difíciles, reducen el problema exteriorizándolo.

El método es lógico, excepto en las láminas IV y VII, ya discutidas en el que muestran un rompimiento en el modo de pensar lógico. El contacto con la realidad se conserva, existiendo aquí evidencias de autoprotección sin duda, como consecuencia de la constriccón interna.

Otra observación es el bajo contenido de respuestas humanas, en relación con un mayor número de Hd., fenómeno que se observa como resultado de la fuerza de restricciones, mientras que sujetos normales cubren todo el ser humano.

Apreciamos también conciencia de inferioridad como un factor predominante. Las respuestas F.V., como dice Rorschach, son empleadas para compensar el vacio interno; "Siempre que estas respuestas ocurren, debemos concluir que el individuo siente una desintegración íntegra; sin fuerza ni armonía, se proyecta esto como un deseo de actividad en las estructuras que construye".

La conciencia de su propia estructura inadecuada, parece tener bases inconcientes para las interpretaciones F.V., lo cual representa un trabajo de compensación.

La ansiedad nos muestra algo más, disminuye el potencial intelectual; a pesar de que hay evidencia en los protocolos de que pueden funcionar con una inteligencia de tipo medio.

Como consecuencia de esta estructura, deberíamos esperar un balance entre las tendencias intratensivas contra las extratensivas; sin embargo no es así. Otra reacción defensiva es la resistencia .—R.S.— aquí tenemos otro dinamismo que reduce la actividad deseada; o sea las resistencias hacia las necesidades internas. Algunos aspectos de las tendencias agresivo-destructivas se dan para mantener vivo sus intereses personales; reflejando en el Rorschach los contenidos asociativos. Esto nos indica, así mismo una buena posibilidad para beneficiarse con la psicoterapia.

En suma, los protocolos nos muestran un grupo de adolescentes con afectos fluídos, con la actividad de la fantasía y una gran ansiedad. La reacción a las láminas IV y VII, hablan de un potencial impredecible del pensamiento y la conducta. Así mismo nos muestran un buen potencial para las relaciones afectivas, aspectos que consideramos favorables en los resultados del tratamiento psicoterapéutico.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA DINAMICA DEL GRUPO

Tratar de abarcar en este trabajo, la dinámica de nuestro grupo de estudio, es una tarea ardua y bastante compleja, por razones obvias. Hemos preferido analizar los resultados obtenidos en "nuestra experiencia". Queremos insistir en este aspecto porque, al abordar el trabajo, quisimos adoptar la actitud inicial de todo conocimiento: la del deslumbramien-

to frente al fenómeno. Es decir, hicimos caso omiso de los descubrimientos hechos en este campo, con la finalidad de fabricar nuestra propia experiencia para compararla luego con la que otros autores habían podido obtener.

A) *El choque de dos mundos.*

En nuestra primera reunión había una atmósfera de desconcierto. Nosotros nos preguntábamos, ...¿qué va a pasar en el grupo?, y esta pregunta no dejaba de angustiarnos. Quizás la razón de nuestra ansiedad consistía en que nuestra experiencia con grupos de adolescentes supuestamente normales, no fuera lo suficientemente adecuada para poder soportar las presiones de un grupo "desconocido" con antecedentes de conducta antisocial marcada.

El grupo de jóvenes estaba sentado frente a nosotros en una actitud expectante, tensa, recelosa y suspicaz; podríamos traducir la actitud del grupo en la siguiente frase: ...¿Qué es lo que éstas personas quieren hacer con nosotros?.

Nosotros intuíamos al mismo tiempo que ellos pensaban que las personas que tenían en frente podían ser miembros del Servicio de Investigaciones, del Poder Judicial, o quizás lo que les habíamos dicho previamente en las entrevistas personales, médicos psiquiatras.

Visto en perspectiva, podríamos hablar de un enfrentamiento de dos mundos; el nuestro, representante para ellos de la sociedad que los rechazaba, de la cual habían recibido el castigo, el encierro, y que trataba de protegerse de ellos. En cierto modo éramos exponentes de una sociedad punitiva y rechazante. El suyo, que representaba para nosotros un mundo sombrío, el mundo obscuro y sórdido que abarcaba la misma institución. Al mismo tiempo surgía en nosotros la incógnita ...¿Están estos jóvenes definitivamente lanzados a una existencia, a la cual es inaccesible nuestra ayuda?... Con toda esta amalgama de sentimientos e interrogantes iniciamos las actividades del grupo.

Luego de las presentaciones respectivas, el grupo comienza a "tantear" el terreno, presentando problemas personales al líder, éste les devuelve la pregunta, promoviendo así la comunicación entre los miembros del grupo. Esta actitud desconcierta al grupo ya que produce el enfrentamiento de sus participantes, llevándolo a la angustia y provocando la desinhibición que se expresa en uno de sus miembros quien en la pri-

mera sesión pregunta... ¿Qué significa venir a este grupo? Ante la desorientación del grupo el líder sirve de agente catalítico y los incita a la discusión, acordándose las reglas y horarios del grupo para luego tratar de definir la posición del líder y al no encontrar la respuesta satisfactoria a sus más caros anhelos, es decir la obtención de la libertad, el grupo se muestra frustrado y lo expresa por medio de un silencio que dura cerca de dos minutos. Luego, como expresión de desconcierto de angustia y desconfianza paranoide surge la pregunta... ¿Quién es Ud? ... ¿Digamos, qué debemos hacer? Al devolver la pregunta al grupo, el líder le devuelve así sus necesidades de dependencia iniciales, pero esta actitud acentúa la atmósfera de desconcierto.

Como conscuencia de esto aumenta el recelo, la suspicacia. Esta situación incrementa la actitud paranoide ante lo nuevo y lo desconocido como lo ilustramos en el fragmento siguiente:

M4 (interrumpe) ¿Se puede hacer una pregunta al señor que está allí? (señala con el dedo al observador que toma protocolo).

Líder: Bueno...... (indeciso)

M4 ¿Ud. trabaja (titubea) ......en la judicial......?

Líder: ¿Dónde?

M8: En el Palacio de Justicia.

Líder: ¡Ah! Ya

Inmediatamente el líder interpreta en este momento la situación al grupo, poniendo en palabra los sentimientos de ellos respecto a nosotros. El grupo entonces inicia un movimiento de retirada, ante la pérdida de lo conocido y familiar se angustia depresivamente, con gran sentimiento de culpa, esto se expresa a través del silencio que dura cerca de 90 segundos. Pero nuevamente el grupo "vuelve a la carga" e inicia un movimiento de "tanteo" o comprobación, tendiente a conocer los propósitos de las personas que tienen por delante; esto queda ilustrado en los siguientes fragmentos:

(El grupo está silencioso y tenso: sus miembros están cavizbajos cavilando, sólo algunos de ellos tamborillean nerviosamente o se muerden las uñas).

M3: No hay nadie quien dirija la palabra.

M8: No hay ningún charlatán.

(Nuevamente silencio)

M4: Bueno.... (retorciéndose los dedos) Nosotros no sabemos si ......si verdaderamente nos quieren ayudar a nosotros.

Líder: Bueno, (titubea) Uds., van a ver si verdaderamente los vamos ayudar o no.

M4: Varios vienen a decirnos eso, que nos van ayudar y pasa el tiempo y nunca más se les vé a esas personas......

Como vemos en los párrafos anteriores, el grupo en su intervención le exige pruebas al líder, éste se siente acosado, angustiado y queriendo delimitar su función dice:

....

Líder: ¿Qué es lo más importante para Uds?

M3: La libertad.

Todos (al unísimo) ¡La libertad!

M4: Acá todos quieren la libertad......

Líder: El grupo dice lo siguiente: Nos sentimos prisioneros, anhelamos la libertad.

M8: Uds, nos pueden dar la libertad a nosotros?

Líder: Nó, yo no puedo darles la libertad.

M8: ¿Entonces, en qué forma nos pueden ayudar?

Líder: Yo puedo ayudarles a conocerse a Uds. mismos.

....

El grupo ha sido enfrentado a la realidad, se ha delimitado nuestra función, estableciendo un margen de referencia. Ante esta situación inesperada, pero real, el grupo vuelve a retraerse, se frustra, ya que busca satisfacciones inmediatas: La libertad. Pese a ello tratan desesperadamente de comprobar hasta donde se les puede ayudar y cuales son las posibilidades de conseguir apoyo para su libertad. El líder trata de analizar la situación grupal preguntando: ¿Por qué es tan importante la libertad en el grupo? y ellos expresan que "de todos los valores que tiene la libertad es lo más preciado". Frente al análisis el grupo, muestra su profunda frustración que se expresa a través del resentimiento, algunos bostezan sonoradamente, otros cuchichean en voz baja y luego se silencian 95 segundos. Luego se forman subgrupos, dialogando en voz baja; hay un barullo y se ríen entre ellos. De reprente surge la agresividad. En forma dinámica el grupo se mueve a comprobar si el líder y sus observadores son médicos o investigadores:

M8: ("Mira al líder como escrutándolo, luego a los observadores, cruza las piernas enérgicamente; se repliega en su silla y adoptando una actitud desafiante, pregunta) Ud es psiquiatra, No?....¿Los psiquiátras de qué se encargan? ....¿De ver el cerebro?

....

Dinámicamente el grupo se moviliza a comprobar las declaraciones del líder y lo interrogan sobre diversos síntomas. El líder al adoptar una técnica no directiva y tratando sobre todo de no frenar el espiral de las comunicaciones y el desarrollo de la tarea, crea un margen de inseguridad en los participantes dando así mismo la impresión de ambigüedad en el grupo, lo que trae consigo el incremento de la angustia, provocando la eclosión de los impulsos agresivos.

....

Líder: (Interrogante) ¿Qué está buscando el grupo de mí?
M8: (agresivo) queremos saber, si Ud. es médico o nó?
M4 Se puede identificar Ud? Si o no?
Líder: (tose nerviosamente y se estruja las manos)
¿Si me puedo identificar con algo?
M4: Desconfiamos de Ud.
Líder: (sonriendo nerviosamente) El grupo me está probando.
M4: Ud. dijo que iba a hablar si era médico o no (lo dice en tono agresivo).
Vamos a ponernos de acuerdo ......pué ......tá bien o no?
M8: ¡Habló el grupo!
M4: Ahora le toca a Ud., queremos saber, si Ud. es médico ....algún papel que lo identifique.

....

Nosotros, esperábamos una reacción de desconfianza, debido al método que empleábamos en el registro de las sesiones.

Ya en los grupos con adolescentes en la Facultad de Medicina, en los que solamente teníamos un observador que se limitaba a registrar lo más fielmente posible los temas e incidencias de la sesión; habíamos notado en ellos reacciones de desconfianza y recelo con el temor de "ser observados" con fines de investigación. Pero en el "aquí" y el "ahora", en este grupo de adolescentes antisociales, la suspicacia, el ánimo paranoide, alcanzó una intensidad, tan desconocida para nosotros que nos desconcertó, nos angustió, e incluso temimos la agresión física. Luego de

unos instantes de incertidumbre optamos por decir al grupo lo que realmente pasaba, no teníamos un carnet para presentarles en ese momento, lo cual posteriormente lo consideramos afortunado como lo explicaremos después.

El grupo a su vez sorprendido y desconcertado por el giro que tomaban las cosas; ya que esperaban que nosotros hubiéramos venido "con la lección aprendida", se asombra de nuestra actitud, arma un barullo, discuten acaloradamente entre ellos y muchos de ellos sienten que la tensión del grupo ha llegado a un nivel intolerable y tratan de apaciguar buscando una salida conciliatoria y le dicen al líder que muestre aunque sea otro documento.

El líder ansioso, pero consciente de ser veraz les dice nuevamente que no tiene ningún documento ya que consideraba innecesario llevarlo. Esta nueva actitud del líder aumenta el descontento, se arma un nuevo barullo y de pronto uno de los miembros el M4 se para bruscamente de su asiento y en tono desafiante y agresivo dice:

....

M4: "Yo me retiro, la próxima vez que traiga un carnet yo vendré".

....

Y efectivamente se retira.

En este momento, todos los que estábamos en la sala, líder los observadores y los demás miembros del grupo, nos encontrábamos sometidos a una tensión emocional. Por unos instantes pensamos, inclusive temimos que el grupo entero abandonara el salón, sin embargo M4, a pesar de salir en una actitud provocativa como incitando el resto a que lo sigan, no lo consigue. Es entonces que M1, al verlo salir le dice "Hasta luego y buen viaje"......

Tratemos ahora de explicar en forma dinámica esta actitud. ¿Por qué el grupo no abandonó en masa el salón, siguiendo el M4 que se había convertido hasta el momento en el líder emergente? Creemos que fué nuestra actitud incondicional de absoluta veracidad; el grupo sintió que estábamos con ellos, —creencia que fué confirmada posteriormente por el grupo mismo en las sesiones siguientes—, el grupo apoyó nuestra actitud porque encarnábamos un liderazgo no didáctico, no autoritario y sobre todo permisivo; rechazando así al líder prepotente, autoritario y agresivo que le provocaba tensiones difíciles e insoportables.

Al disminuír la tensión emocional, el líder se siente reforzado planteando condiciones de libertad y espontaneidad en la cual el grupo va a funcionar; define así un marco de referencia pero anotando que siempre

existe el clima de libertad. Esta actitud favorece el "lazo de unión" emocional que más tarde incrementará el desarrollo del grupo.

Veamos ahora como continúa el grupo, el líder, trata de hacer profundizar a sus miembros mediante el análisis de su actitud. Con este fin plantea al grupo la situación. Esta forma de actuar del líder es la misma empleada en los "Grupos de Trabajo" de la Facultad de Medicina de San Fernando, en la cual no se deja pasar ninguna resistencia sin analizarla. Y fué en este momento en que creimos conveniente proceder así ....para el efecto ilustramos con el siguiente fragmento.

....

Líder: Lo que sería importante discutir es que, ¿Por qué el grupo está interesado en ver si estamos procediendo correctamente?

M8: Para ver si Ud. nos puede curar.

Líder: En que forma podría probarles?

M1: Identificándose.

Líedr: Y si les doy un carnet falso? ......Y si los engaño (interrumpen).

M8: ¡Lo atracamos! (En tono agresivo) ¿Ud., cree que nosotros somos locos? ......somos diez (lo dice en tono amenazante).

Hum ......(se sonríen todos).

Líder: ¿O sea que el grupo tiene desconfianza de mi?

M8: (Con sentimiento de culpa) no tanto desconfianza...... si no ......es para probar si Ud., puede resolver nuestros problemas.

Líder: (angustiado, tratando de transmitir lo que siente) Yo quisiera ver la forma de convencerlos de mi intención de ayudarles.

M8: (dudando) ¿Así con estas reuniones Ud., nos está ayudando ya?

Líder: Este es un sistema de ayuda ....(titubea y luego le vibra la voz de emoción) Pero como puedo ayudarlos si no los conozco bien?.. .... por ejemplo él (señala al M5) ha contado sus problemas y ha dicho que quiere ver a sus padres ....es necesario que Uds. comprendan que no hemos venido a interrogarlos. Esas preguntas que les hicimos arriba (se refiere a la primera entrevista individual) de su edad, el motivo de su ingreso, de los refranes y otras preguntas, era para ver su capacidad de inteligencia; así mismo para ver sus actitudes de comportamiento en el grupo, y esto es básico para iniciar nuestras conversaciones ......por ejemplo su compañero se ha ido, deben comprender de que no se les

fuerza venir al grupo, es decir que son libres de asistir (en este momento los miembros del grupo prestan mayor atención y se concentran; se acomodan en sus asientos, inclinando el torso hacia adelante, como queriendo formar un círculo, demostrando así mayor unión) ......es muy importante que nazca de Ud., el tema, y así se cristaliza el anhelo del grupo.

....

Se nota en este momento que se ha tendido un puente de comunicación emocional que unido al grupo; nosotros lo sentimos así, y logramos vislumbrar el camino a seguir. Esta unión, disminuye la ansiedad grupal y da la impresión de que nuestra comunicación se realiza a un nivel preverbal ......Es en estos instantes, en que el M4, que había salido; abre la puerta se asoma al salón e interrumpiendo la reunión pide hablar con M8. Nos dá la impresión de que M4., como el homicida vuelve al lugar de su crimen en un afán de satisfacer sus "sentimientos de culpa". M8 sale y conversa en la puerta con M4...... esta actitud no afecta mayormente al grupo, ya que había "sincronizado" afectivamente con nosotros. Al volver a ingresar M8, se le nota sonriente, y como en ese lapso el grupo había proseguido su dinámica; el líder con el afán de gratificar a M8 y a la vez de darle un cierto "prestigio", le comunica los temas tratados en su ausencia: lo cual se produce así:

....

Líder: (dirigiéndose a M8, que en esos momentos ingresa) bueno yo les decía que me alegro de que el grupo esté marchando hacia adelante, y sobre todo, ésto, que no se ha callado y ha propuesto temas que interesan a todos, lo cual está demostrando que hay en Uds. responsabilidad y franqueza ......Nuestro deseo de ayudar lo irán comprendiendo a medida que avancemos.

....

Aunque el líder hablaba dirigiéndose a M8, se dirige en realidad a todo el grupo, produciendo el afecto deseado, gratificación y estimulación. Ello es sentido en el grupo quien por intermedio de M8, que hace las veces de vocero responde:

....

M8: ¿Uds. quisieran ayudarnos a nosotros, a éste grupo (lo dice con énfasis) o a todos?

....

El Líder aclara, que nos hubiera gustado ayudar a todos los del Centro; pero que debido al tiempo y las circunstancias, hemos tenido que seleccionar a este grupo, teniendo en cuenta sus buenas disposiciones afectivas y su buen nivel de inteligencia.

Ello es sentido por el grupo como un halago, que se traduce en la frase M8: (con orgullo) Ah! entre todos......

Luego sobreviene un silencio, en la cual todos se muestran meditabundos, cavilosos ......¿Cómo podemos interpretar este silencio?

De acuerdo a nuestra experiencia con los Grupos de Trabajo en la Facultad de Medicina; el silencio puede ser: negativo, en el caso que exprese hostilidad o frustración frente a situaciones e interpretaciones directas o acusatorias, o también, ser un silencio creativo, en el cual el grupo profundiza, se introspecciona y luego produce material que es susceptible de translaboración; nosotros creemos que este silencio fué creador, ya que el grupo ha sido gratificado y estimulado. Y es así que M5 interrumpe el silencio y en tono a la vez confidencial y titubeante dice:

M5: Ud. ....¿cree que mi familia está en Trujillo?

Líder: (en actitud de apoyo) Si; ¿Por qué no voy a creer?

M5: (en tono melancólico y esbozando una sonrisa nerviosa): Yo, vivo ......acá nomás con mi madrastra.

M1: (con sorna) Está solo en el mundo......

M8: (protector) Pero tiene bastantes amigos.

(Hay un silencio expectante, podríamos decir una atmósfera angustiosa frente a esa actitud cordial).

M5: (al líder) ¿Si le cuento mis problemas Ud., me puede ayudar?

M8: (asumiendo una actitud de "chivo emisario") Cuéntanos a nosotros.

Líder: Es el grupo el que va a resolver el problema...... son tus compañeros de grupo los que realmente pueden darte ayuda...... si yo te dijera, haz esto o aquello...... que actitud estoy tomando?

M8: La de un profesor.

M1: ¿O sea que él tiene que contarnos a nosotros y nosotros tenemos que decirle lo que debe hacer?

M8: (dirigiéndose a M5, en tono dominante) ¡Habla! ¿Qué quieres? (M5; se sonrie nerviosamente, se muerde las uñas y mueve rítmicamente las piernas; se le nota angustiado)

M2: ¡Habla de una vez!

(Sobreviene un silencio; se ha producido una situación conflictiva

tensa que ha llevado a M5 a la inhibición y al desconcierto frente a la actitud prepotente de M8 y M2.

....

Si analizamos el fragmento anterior, nos damos cuenta como M8, ha tomado una actitud de liderazgo agresivo y prepotente, ello produce inhibición en el grupo llevándolo a recortar sus posibilidades creativas. Esto es notado por el líder, ya que se forman subgrupos, corrillos y en general hablan en voz baja. Esta situación angustia al líder que en su afán de integrar al grupo, insinúa un tema que es acogido por el grupo; pero tal esfuerzo se vé nuevamente recortado por la actitud prepotente de M8, quien adoptando una posición autoritaria y "mandona" comienza a interrogar a sus compañeros como lo ilustra el siguiente fragmento:

....

M8: (dirigiéndose a M9) Tú, sales con permiso?

M9: (en tono apacible y temeroso) Noo......

M2: (al M9) Pero tú ya has salido.

M9: (con temor) No, no he salido.

M8: ¿Cuatro meses y no sales hasta ahora? (luego en tono agresivo) Si a mi no me dieran permiso yo metería cuchillo.

(Hay un silencio, algunos sonrien otros se miran entre ellos).

M8: (al M9) Tú no eres de acá de Lima...... No?

M9: (inhibido y en voz baja) No.

M8: De dónde eres?

M9: De Arequipa.

M8: (en tono irónico) Tienes pinta.

(Sobreviene un nuevo silencio frente a la agresión el grupo se retrae).

M1: (al líder) Quisiera saber ......(titubea)...... ¿Por qué perdemos la vista de un ojo?

M8: (en tono burlón) Estas "coche" (todos se rien)...... mucho te gusta ver televisión, malogra la vista...... (en tono autoritario) debes usar lentes.

M5: (sonriéndose nerviosamente) ¿Por qué cuando se masturba uno en las mañanas ......está sentado así, se levanta y vé negro y le duele la cabeza?

M1: (enfáticamente) Yo nunca me he masturbado ......(molesto) ...... yo no sé y a mí no me da vueltas la cabeza.

Líder: (cordialmente) ¿Qué dicen Uds?

M8: (A M5 en tono inquisitorio) Por qué te masturbas? ......No

hay germas? ......¿Porqué no te aguantas? ......(esboza una sonrisa de autosuficiencia).

(Hay un silencio tenso).

Líder: El grupo ha hablado de masturbación.

M8: (En tono y actitud orgullosa) ¡Muy importante!

....

El grupo continúa hablando sobre un tema muy subyugante para ellos, la masturbación; M8, continúa con su actitud inquisitoria y dominante, los interroga y luego les responde autoritariamente ......hasta que sobreviene un silencio y dice.

....

M8: (en tono prepotente) ¿Quién más del grupo quiere hablar? (luego dirigiéndose a M5 en tono agresivo) ¿Tú que dices? (cambia de tono y sonriente en tono parternal le dice) ......No te masturbes hijo ...... porque te hace daño ......(se palmea el pecho y en tono jactansioso) Yo soy el líder...

M3: (con desprecio) Líder de la Gestapo......

....

El grupo ha sentido la actitud de ese sublider como quien pretende recortar la actividad creadora de sus miembros. Ello es comprendido por el líder que sintiendo aquella, una situación amenazadora capaz de destruir el grupo dice:

....

Líder: (cordialmente) Bueno, se han escuchado dos opiniones ...... (mira el auditorio afablemente) ¿Qué dice el resto?

El grupo frente a la posición del líder, se siente apoyado y vuelve a producir, retornando el tema de la masturbación.

A los pocos momentos se completa la hora y media de la sesión, el observador hace el resumen y luego el líder interpreta, insistiendo nuevamente en estimular y gratificar al grupo.

LA FASE DE PRUEBA: CAMINO HACIA LA TRANSFERENCIA

Luego de la primera reunión, en la cual predomina el recelo, la suspicacia, la desconfianza e incluso el ánimo paranoide; el grupo inicia una corriente tendiente a probar la autenticidad de nuestras intenciones. Debemos anotar que pese a que en la segunda sesión se les mostró el carnet de identidad, el miembro desertor M4, no volvió. Ello fue acogido

con satisfacción dentro del grupo, como veremos después, permitiendo el ingreso de un nuevo miembro, que fué deliberamente escogido por ellos y que luego del respectivo examen psicológico fue incorporado al grupo.

En las siguientes sesiones el grupo comienza a provocarnos —quizás empleando el mismo patrón de conducta utilizado en su infancia— y un incidente puede darnos la pauta de ellos. Nuestra tercera reunión se realizó en el local que se utilizaba para las clases de dibujo y existían como es de suponer toda clase de implementos y materiales para pintar. Unos instantes antes de finalizar la sesión uno de los integrantes del grupo sustrajo unas tizas y pinceles que se enontraban en un armario; pese a que nos habíamos percatado de la maniobra, dejamos —adrede— que esos objetos circularan entre ellos en forma "vedada" (según ellos). Ya al finalizar la sesión el profesor de dibujo se dió cuenta del hurto y en forma sorpresiva los recriminó en nuestra presencia en forma por demás grosera, llamándoles, "ladrones, sinvergüenzas etc. Nuestra actitud fue expectante.

En la siguiente sesión el grupo vino "preparado" esperando de nosotros la misma actitud que los demás, es decir condenatoria por el hecho reprobable; pero al ver que nuestro comportamiento, sin ver aprobatorio, no era tampoco acusatorio, sino más bien de cordialidad, de simpatía comprensiva...... el grupo se desconcierta y comienza a translaborar.

Y es a partir de las siguientes sesiones en que el grupo trae entre sus temas, sus problemas familiares e incluso recuerdos infantiles...... Y es así que uno de los integrantes narra la razón de su primer acto antisocial, describiendo con gran emotividad y dramatismo un incidente familiar que le causó profundo dolor y relató "que cuando tenía 5 años, su madre le preguntó a su padrastro; que a quien quería más, si a él —nuestro examinado— o al hermano...... Y el padrastro prefiere al hermano; para luego madre y padrastro abrazar a su hermano. Y en su narración nos dice con voz henchida de emoción.

—Todos querían a mi hermano, a mí nadie me quería por eso me largué.

Y efectivamente es a partir de este momento, a los 5 años, que inicia su carrera delictiva. Este y otros incidentes relatados con emoción y dramatismo por nuestros examinados nos mostró que ninguno de ellos había sido tratado en forma auténtica, con amistad y cariño y que además de sus conductas antisociales, tenían otros rasgos en común: Sus experiencias tempranas eran similares, todos habían sido castigados des-

piadamente en reiteradas veces y ellos mismos mostraban igual conducta frente a los más débiles. Y cosa paradógica, algunos de ellos habían transferido por completo sus sentimientos cariñosos de los seres humanos a los animales incluso en las últimas sesiones M2 asistía con un perrito en sus brazos que lo cuidaba con verdadero afecto.

El camino hacia el "sentimiento de grupo" se ve facilitado por la inclusión del nuevo miembro, que ya hemos hecho referencia. Este miembro que le llamaremos M11, llevaba muy buenas relaciones emocionales con ellos y desde el primer instante se acopló al grupo haciendo las veces de catalizador. Y así podemos ver que la atmósfera grupal tiende hacia la cohesión; pero no encuentra medios para hacerlo, ya que la verbalización por sí sola no permite esa finalidad, entonces aparece un vínculo preverbal: El canto, por medio de él, el grupo se cohesiona y comienza a producir y a avanzar hacia el "sentimiento grupal". Pero en este recorrido surge lo inesperado, entre los días de la novena y décima sesión, hay un intento de fuga...... Uno de los miembros del grupo trata de fugarse una noche, liando varias sábanas y descolgándose por la ventana del dormitorio; pero en el instante que descendía es sorprendido por "los vigilantes" y por tal, castigado ingresando en la "celda". La celda es un cuarto oscuro, frío, lóbrego, que se encuentra situado en el fondo del edificio; mide de unos 1.5 x 1 metro de dimensión donde permanecen los castigados por parejas. Está desprovista de todo moviliario y sólo salen los "castigados" a realizar sus funciones biológicas.

Quizá valga la pena, interpretar, dinámicamente el significado de esta fuga. Si consideramos que el grupo estaba ingresando a la etapa de "sentimiento de grupo" y que este miembro, M2, actuaba, muchas veces como "francotirador" dentro del grupo, es decir que se marginaba del resto, su fuga viene a ser más que una acción personal, un acto grupal. Podría pensarse que tal intento de fuga representa una especie de liberación frente a un conflicto interno que le provoca ansiedad, agresividad y sentimientos de miedo, por temer verse "envuelto" en la "corriente del grupo" y frente a ésta tensión psíquica...... surge la escapatoria, no del ambiente grupal en sí, sino una huída de sí mismo. O tal vez si pensamos en lo "burdo" de la maniobra ya que son muchachos avezados —podríamos pensar que quiso "hacerse notar" despertar interés hacia él; en otras palabras buscaba afecto y por eso planeó el "intento de fuga". Este hecho en sí puede especularse bajo diversos puntos de vista; pero la dinámica posterior del grupo nos va a dar la razón de nuestro planteamiento.

La décima sesión en la cual no asiste M2, por estar en la celda nos muestra características especiales de dinámica pues aparte de éste incidente —el intento de fuga— nuestra reunión no se llevó a cabo en la forma acostumbrada ya que la Institución había planeado pasarles una película y sólo pudimos estar con ellos 15 minutos.

EL SENTIMIENTO GRUPAL:

Al inicio de nuestras relaciones el grupo comienza a vernos con recelo e incluso a impedir el acercamiento emocional; pero al sentir nuestra actitud de "entrega", el grupo se desconcierta y comienza a "probarnos" bajo diversas formas, hablan de fugarse, tratan de robos, esperando que nosotros los recriminemos o apelemos a sus buenos sentimientos...... y nada de esto sucede; nosotros los escuchábamos y tratamos de comprenderlos...... así surgen las primeras señales que nos indican que se ha producido una transferencia positiva...... el grupo comienza a gustar de nuestra compañía aún después de terminada la sesión, se quedan conversando con nosotros y luego nos confían algunas otras intimidades en forma voluntaria. Quizás un pequeño fragmento nos ayude a comprender este proceso; en la décimo-primera sesión el grupo se mueve en una atmósfera cordial;

....

M8: Ahora, ya nos gusta venir al grupo...... (lo dice algo turbado), durante la semana, en los patios estamos pensando a veces en el grupo (hay un silencio).

M8: El grupo para alegre nomás...... así es la gente.

M10: Un poco descarriada nomás (luego jocosamente) un poco inofensiva así como el "coche" (se refiere a M1).

M8: Todos estamos alegres...... (luego autoritariamente, mira al auditorio): ¿Sí o no? (luego pregunta a M1) Tú...... ¿estás alegre?.....

M1: Bueno...... si (se sonríe y dice) por la música......

M8: (a M9 que habla muy poco y está serio) ¿Y tú...... estás alegre? ...... (M9 levanta la cabeza y sonríe) ¿Cómo nunca no? Ahora ya te gusta estar en el grupo? ¿no?

M1: (despectivamente) Se hace el amarillo......

El grupo, va recorriendo etapas y llega a la fase de "sentimiento de grupo" que bien puede analizarse en la décimo segunda sesión.

El análisis de esta décimo segunda sesión nos muestra característi-

cas notables: 1) M2, el miembro "castigado", asiste al grupo por primera vez, después de haber estado cerca de una semana en la celda y 2) la asistencia de un nuevo miembro que fue incorporado a solicitud del grupo —previo examen psicológico— al producirse la deserción de M7, que por razones impredecibles había obtenido su libertad.

La sesión la podemos esquematizar así:

Ingresan a la sala 8 muchachos. —el resto aún está en los talleres y van a tardar algo.— Iniciamos la sesión. M2 ingresa con la cabeza rapada y profundamente deprimido. El resto se muestra silencioso. Se sientan; M2 tiene el rostro serio, adusto y permanece cabizbajo. Hay una atmósfera triste, deprimente, acentuada por el local sórdido, aparte del viento frío que ingresa por la ventana que está sin cristales.

A las palabras iniciales del líder: ¿Qué dice el grupo?...... Sigue un silencio espectante. El grupo se siente "tocado" por la nostalgia que domina a M2 y trata de integrarlo. El siguiente fragmento lo ilustra:

....

M10: (en tono cariñoso al M2) ¡Romano! (M2, ni siquiera se mueve tiene el torso inclinado hacia adelante y la cabeza entre sus dos manos)

(Hay un nuevo silencio cargado de tensión, todo el grupo centra su atención en M2).

M8: (Mira a M2 con tristeza y luego dice al líder) ¡Esta cansado! (lo vuelve a mirar y tocándole el hombro con su mano, le dice) ¿Quieres música? (Al no tener respuesta le pasa la mano por la cabeza y le dice cariñosamente por su nombre) M2...... quieres música? (éste sin levantar la cabeza hace un gesto despreciativo con la mano, a la vez que emite un sonido gutural con el que dá a entender que no desea que se le moleste).

M8: (mira al líder como sorprendido) No quiere saber nada.

El grupo al ver fracasar un primer intento de acercamiento, trata por un momento de ignorarlo para comenzar a hablar de un cantante de moda, luego de las labores en los talleres, finalmente del salón de reuniones con la posibilidad de pintarlo. Al hablar del trabajo colectivo; por primera vez en la reunión, M2 levanta la cabeza y se interesa sobre el arreglo del salón e incluso tiene tres intervenciones sobre el modo de pintar. Luego vuelve a encerrarse en su mutismo. El grupo esta vez reacciona agresivamente y trata de hacerle bromas, lo que provoca un cambio de palabras entre M2 y M10.

En esos instantes ingresan los otros miembros que se habían retra-

sado en los talleres, los cuales ingresan sonrientes y contentos, ellos son M1, M11, M12 —nuevo miembro—. Esto produce un relajamiento en la tensión emocional del grupo, tomándose nuevos bríos ya que ingresan con un "bongó" y un "huyro" —que ellos mismos han confeccionado y que lo traen desde hace 2 sesiones— animando la atmósfera grupal.

Se redoblan los esfuerzos para la integración, lo cual lo ilustramos en el siguiente fragmento......

....

M8: (con ternura a M11, a la vez que lo palmea en el hombro) Mi'jo han roto nuestro huyro...... abusivos...... (se sonrien los dos).

(Hay un silencio, la mayoría mira al nuevo miembro que se siente algo incómodo y se muerde las uñas).

(El líder mira a todo el auditorio y animadamente a la vez que se acomoda en su silla, dice).

Líder: Bueno...... tenemos un nuevo miembro en el grupo......

M8: Por ser su santo vamos a cantarle algo para alegrarlo por sù día.

(M12 mira al líder, luego al observador y se abochorna).

Líder: ¡Qué dice el grupo!

M11: (Mira a M8) De acuerdo......

M1: (a M12), ¿Cuándo es el día de tu santo?

M12: (bastante nervioso y sonrrojado; en voz baja) mañana......

M11: (se dirige a M8, en tono jocoso) no iba a pasar su santo; casi se lo llevan a la celda......(se ríe)...... casito se lo llevan a la celda......

Líder: ¿Por qué?

M1: A un vigilante le dijo su apodo en su cara...... "sopapo" le dijo......

M11: (se ríe), ¿Y sabes lo que le hizo?...... (lo remeda con voz de niño) "no señor, si yo no le he dicho eso" (todos se ríen) ¿no es cierto que yo no he dicho eso?, me decía a mí (se ríen a carcajadas).

....

El chiste en esta oportunidad, ha servido para disminuir la tensión y es en estos momentos que M8, dá la iniciativa para cantar y tomando junto con M11 el bongó y el huyro cantan: Jamás podré olvidar/ la noche que te besé/ esas son cosas que pasan y/ es el tiempo que después dirá/ Tú fuiste buena al pensar/ que yo a tí te amaba/ estas son cosas

pasan y...... (Mientras cantan, el resto del grupo permanece en silencio. M2 continúa deprimido con la cabeza entre las manos, dá la impresión de que el grupo no le interesa.

Discuten entre ellos que canción van a cantar y luego de deliberar cantan:

Yo nací en una casita pequeñita/ toda pintada/ a la orilla del mar/ no tenía juguetes/ no tenía nada/ ni una amiguita/ con quien hablar/ Yo hablaba con la soledad/ y para mi consuelo/ me contestaba el mar/ sua, sua contestaba el mar/ etc. et.

(Ahora han cantado M1, M8, M10 y M12 al terminar la canción M5 con el rostro radiante, se muerde las uñas y mueve rítmicamente las piernas)

M5: (tímidamente, casi implorando) Osito de felpa......

M8: lo mira con ternura y sonriendo comienza a entonar):

Osito de felpa/ juguete de mi hijo/ de mi chiquitito/ que una madrugada/ se llevó el Señor/ osito de felpa/ al verte tan sólo/ me parece un sueño/ que se haya ido/ para no volver, etc. etc.

Esta canción motiva al grupo; M2 ha seguido el ritmo con los pies; pero una vez terminada la canción vuelve a su ostracismo. El resto ha seguido la canción atentamente dando la impresión de rememorar algo.

El grupo continúa cantando. Entonan "Lita" y "Como te extraño mi amor" la mayoría del grupo participa en esta última canción; pero M2 persiste en su actitud depresiva. El resto de los miembros se preocupa y trata de integrarlo al grupo. M11 se levanta de su asiento y tomando del brazo a M2 le dice en tono amigable:

M11: Vamos a cantar (M2, le rechaza moviendo el hombro despectivamente).

M8: (en tono suplicante a M2) Ya pues...... (al ver que no reacciona) Déjalo...... no le hables......

M12: (en tono jocoso remedando al mejicano) Amor...... de guardia mejicano...... hay que cantar amor de guardia civil.

(todos ríen; menos M2)

M8: Ya, cantemos la "Pachanga del Colegio"...... (mira cariñosamente y llamándolo por su nombre dice) te la dedicamos y cantas.

Tengo una cartilla en el colegio/ papel y pluma y goma de borrar/ tengo que aprenderme las vocales/ las consonantes y todo lo demás, etc. etc.

....

Al ver que pese al esfuerzo que hacen M2 no se integra, se sienten rechazados, frustrados y se callan, hay un silencio...... un silencio teñido de espectativa, de angustia; luego M11, rompe el "hielo" y mirando a M2:

....

M11: (cariñosamente) ¿Porqué estás tan triste?

M8: (tratando de animar) Debemos estar alegres porque es santo de M12......

(mira a sus compañeros) pero...... ríanse pués...... (hace un gesto adusto) están con la cara ahí de ......tombos...... aunque sea háganse cosquillas.

(se sonríen M11 y M12)

(nuevamente hay silencio; están cabizbajos) .

Líder: (en tono afable) ¿Porqué estará tan silencioso el grupo?

M8: (enfáticamente) Una parte del grupo.

....

Como puede verse, el grupo tiene conciencia de estar integrado, e incluso analiza, quien es el miembro que se margina y trata de integrarlo.

Luego cada miembro se analiza a sí mismo y expresa su estado de ánimo como queriendo compenetrarse en el problema que aqueja a su compañero y al no conseguirlo, comienzan hablar de las sesiones anteriores.

....

M11: La vez pasada hablamos del amor a nuestros padres.

M5: (mordiéndose las uñas tímidamente) hablamos del corazón....

M8: (a M12) ¿Tú piensas en el amor? (M12 mira al líder, al observador, se ruboriza y luego mira al suelo como avergonzado)...... Hay varias clases de amor...... ¿no?...... maternal...... amor de hermano...... de amigo...... (mira al líder y al observador) (Luego como despertando de un ensueño, se acomoda en su silla y subiendo el tono de voz prosigue) ¿Cómo es el amor de amigos?

M1: la amistad......

M8: (tímidamente) Pero a veces hay amistades que se exageran....

(hay un silencio espectante)

Líder: ¿Es este un tema que preocupa al grupo?...... ¿El tema del amor?

M12: Seguramente...... por eso a lo mejor M2, está triste.

M11: Hay algunos que le tienen amor a la calle (se ríen entre ellos).

M10: Yo también tengo amor a la calle. ¿Ese también es amor, no?

M12: (en tono soñador) Amor a la libertad......

M11: (tamborilea nerviosamente, luego mirando a lontananza dice) Hay amor a todo.

....

El grupo está expresando casi a un nivel consciente la relación emocional que los une y trata de expresarlo verbalmente al líder y observadores. Luego, quizá "sintiendo" haber profundizado un tema "tabú" para ellos; pero latente y sobre todo de urgente necesidad.... el grupo se retrae, se averguenza de sí mismo, se inhibe y se calla...... hay un silencio angustioso que presagia cosas inesperadas...... tratan nuevamente de integrar a M2 y lo hacen a través del chiste, de la broma. Le dicen masturbador, acomplejado. —Entonces, surge lo inesperado— M2 levanta la cabeza mira al auditorio con desprecio; en el rostro se refleja el sufrimiento, la ansiedad...... balbucea algo incoherente y rompe a llorar convulsivamente...... se cubre el rostro con las manos mientras sus lágrimas resbalan silenciosas por su rostro...... Hay un momento de gran tensión en el grupo.

....

M1: (suavemente) Está llorando...... (el grupo calla bruscamente se miran entre ellos, se sienten culpables, pesarosos).

M1: (melancólico) Se está acordando de la calle...... se ha acordado de alguien......

(Hay un silencio. Los rostros se han puesto serios, hay gran sentimiento de culpa. M2 cesa de llorar, se seca las lágrimas con el dorso de la mano y se acomoda en su asiento).

M8: (golpeando el bongó) Ya vamos a cantar una canción para él (esta actitud, disminuye automáticamente la tensión).

....

El líder aprovecha la oportunidad para tratar de analizar la actitud de cada uno de los miembros. Estos profundizan sus vivencias, llegando inclusive a conscienzar su sentimiento de "sentirse grupo". Como consecuencia de esto surge un nuevo intento de integrar el elemento que se segrega voluntariamente. M8, que hasta el momento actúa como sublíder, delega la misión integradora a M11, pensando tener mejor resultado ya que M11, tiene mejores lazos afectivos con M2. El intento de integración es muy ilustrativo debido a las características notables que asume; ya no se utiliza el canto, sinó el chiste, el chiste "colorado" y por

medio de ello, de la risa, permite que el grupo descargue sus impulsos agresivos o eróticos, dando así una adecuada canalización al inconsciente y permitiendo así mismo el relajamiento de la tensión emotiva, favoreciendo de tal modo la integración deseada. Y es así que al final del relato todos se ríen, e incluso M2; esto es observado por el grupo que lo comenta alborozado.

M12: (señala alegre a M2, y dice al líder) Ya se está riendo.

M11: (triunfante) Hasta que rió......

(M2 levanta la cara y se sonríe, el grupo se siente halagado, se entusiasma y pide a M2 que baile, este se niega a hacerlo).

Pese a ello el grupo le dedica una canción muy significativa.

Que la pasa al indiecito/ porque llora su tristeza/ con la más profunda pena/ cada día toca su quena/ y en su mente añora/ todo el tiempo que ha pasado.

....

No creemos que merezca comentarse este hecho, que por si sólo basta para explicar lo que esta pasando en el grupo.

Terminan de cantar la canción y vuelven a entonar otra canción que dice así:

Por el verdito camino/ que vas tú, que voy yo/ van pasando mis amores/ uno de ellos es mi vida/ es mi amor, mi ilusión.

Al final de canción, en el cual también ha participado M2; M11 lo mira y dice:

....

M11: (sonriente, a M2) esa es tu canción. (M2 se ríe contento) (los demás miembros miran al líder y al observador y mostrando alegría señalan a M2 diciendo) ¡Se ha integrado!

El grupo continúa cantando; M2, se muestra inquieto angustiado, parece que la presión del grupo lo preocupara y teme que lo "envuelva". Se le nota ansioso. Se para, pide permiso y sale del salón con el pretexto de ir al baño. Quizá, esto pueda interpretarse de diversas maneras, una de ellas sería el simbolismo del acto de orinar y la masturbación. A su regreso, retorna a su actitud inicial. Este acto inesperado exaspera al grupo, y es M8 quien como vocero de él, dice:

....

M8: (animando, dá dos palmadas) ¡Ya pues despierten!...... (luego a M2) ¡Vamos!......ya (M2 se sonríe, ya comienza a cantar con el grupo, esto produce un gran alivio el cual lo comentan así)......

....

M11: (al unísono con M8 y M12, le dicen al líder) mire a M2.

M8: (alegre)...... Y antes lloraba.

M11: (Mostrando alegría) ......Ahora ya está riéndose.

Es a partir de este momento en que el grupo comienza a cantar con un ritmo creciente que va llegando al frenesí. Llega un instante en que el impulso es tan irresistible y el ritmo se vuelve tan frenético que ya no pueden permanecer sentados...... ya el ritmo se ha tornado avasallador...... entonces bailan, bailan y cantan. Y el primero en hacerlo es M2, lo acompaña M11 y luego lo hace el resto del grupo.

COMENTARIO DE LAS SESIONES

Hemos presentado tres fases del proceso psicodinámico grupal:

En la primera fase, la de las reuniones iniciales se presentan situaciones de tensión donde la suspicacia, el recelo y la desconfianza llegan al máximo creando una atmósfera angustiosa que lleva a uno de los miembros a abandonar el grupo como una liberación, ya que este miembro desertor, había actuado como un sub-líder prepotente y despótico. Una vez eliminado este miembro, surge un nuevo sub-líder que al pretender adoptar idéntica actitud que el desertor, es frenado por el líder y el grupo lo apoya por considerar que representa al líder permisivo, no autoritario.

En la segunda fase, que comprende desde la tercera hasta la décima sesión el grupo trata por todos los medios de probar la autenticidad de nuestros propósitos y con este fin provoca situaciones de celos, sospechas de insinceridad, así como relaciones sado-masoquistas. El deseo de ser querido subsiste; pero es frenado por el temor de ser abandonado, todo ello teñido de una constante demanda de gratificación y gran susceptibilidad para la frustración.

En la tercera fase, corresponde a la etapa de "sentimiento de grupo", que lleva a los miembros a integrarse en forma espontánea, a un nivel preverbal, por medio del canto, de chistes y finalmente del baile. Desde esta décima segunda sesión hasta la vigésima predomina la relación transferencial, un sentimiento de "nosotros" y un volcarse en los demás. Esta relación emocional se hace de carácter infantil, con un deseo continuo de amar y ser amado...... en esta forma habíamos allanado el camino hacia la psicoterapia.

CONCLUSIONES

El estudio de la psicodinamia grupal nos ha mostrado un grupo de jóvenes delicuentes con las siguientes características:

1. En la situación inicial un gran recelo y desconfianza que llega al ánimo paranoide; produciendo en ellos una gran angustia que los lleva a la desinhibición y a la eclosión de impulsos agresivos.

2. Francas tendencias sado-masoquistas y actitudes manipuladoras, que buscan su placer en el castigo.

3. Una notoria capacidad de "sentir" afectivamente frente a un psicoterapeuta que les brinda "confianza" y se muestra constante en sus actos y actitudes.

4. Un deseo constante e inmediato de gratificación y que al verse negados se convierte en una gran frustración que puede llegar incluso al odio, en caso de no ser bien manejada.

5. Utilización de niveles pre-verbales —canto y baile— en su afán de integrarse, mostrando gran "sensibilidad emocional" entre sus miembros.

El estudio conjunto de las biografías, los tests psicológicos y la psicodinamia grupal nos muestan:

a) Que el "Test de Matrices Progresivas" de Raven, no nos dá un "Indice del rendimiento intelectual".

b) Que nuestro grupo está constituído por adolescentes con rasgos neuróticos de la personalidad.

c) Que es vital importancia y de urgencia inmediata la instauración de tratamiento psicoterapéutico a estos jóvenes y, que la psicoterapia de grupo puede ayudar a resolver el problema de la delincuencia juvenil, en concordancia con un ambiente adecuado.

SUMMARY

The present study on group psychodynamies concerns itself with a group of juvenile delinquents with the following traits:

1. Suspición and mistruse at the early stage, which develops into paranoid feelings, originating much anxiety and leading towards uninhibited outbursts of aggressive impulses.

2. Open sado-masoquistic tendencies and manipulative attitudes, seeking gratificatory punishment.

3. A conspicuos capacity to "feel" before a psychotherapist who offers them "trust" and shows consistent behavior and attitudes.

4. Wishes for immediate-and-permament gratifications, the frustration of which leads to hostile feelings and, eventually, hatred, should they not be well handled.

5. The utilization, by the group, of preverbal levels: singing, dancing, in their want for integration, and the share of tender feelings among its members.

The joint study on the biographies, psychological testing, and group psychodynamics shows:

a) The test of Raven does not yield indication on the intellectual performance.

b) Our group is made up of adolescents with neurotic personality traits.

c) It is of vital importance and of urgent necesity, to start psychotherapy on these juveniles, group psychoterapy being the most adequate help to their problems, within an appropriate setting.

NUEVA UNIDAD PSIQUIATRICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN MARCOS

El Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, está organizando una moderna unidad psiquátrica en el Hospital Víctor Larco Herrera. Dicha unidad es nueva en el más amplio sentido de la palabra y es fundamentalmente una entidad docente, donde se especializarán aquellos médicos que se decidan por la especialidad de la Psiquiatría. Y se convertirá en un activísimo centro universitario que cumplirá las más variadas funciones de acuerdo a las más recientes orientaciones de los centros psiquiátricos más avanzados del mundo. Las funciones de esta unidad pueden dividirse en tres, fundamentalmente.

1.—Asistencial
1.—Docente
3.—De Investigación.

En general, dicha unidad psiquiátrica, es una innovación que revoluciona lo anteriormente conocido en dicho Hospital, así tenemos que, en lo asistencial, proveerá la asistencia psiquiátrica de tipo ambulatorio con especial énfasis en la psicoterapia y la farmacoterapia, que le permitirá ser el Consultorio Externo del Pabellón Docente (Nº 8), de un lado y, de otro lado, se transformará en un Hospital Diurno como en lo más modernos centros médicos del mundo, donde los pacientes serán expuestos a un tratamiento intensivo que incluyan métodos de asistencia y rehabilitación muy poco usados entre nosotros. Así dichos pacientes, fuera del tratamiento medicamentoso o biológico, tendran largas sesiones de Psicoterapia en forma regular, participarán en sesiones de grupo, tendrán laborterapia o terapia ocupacional y terapia recreativa: el cine, la pintura, la danza, etc. Con este fin además de los psiquiatras colaborarán personas de distintas profesiones, entre ellas una estudiante de Bellas Artes que estudiará "el arte de los pacientes psiquiátricos", lo que será materia de una tesis.

En cuanto a la segunda función, o sea la docente, esta constituye así mismo una innovación; por primera vez los médicos que han sido seleccionados y ad-

mitidos en la Facultad de Medicina para seguir estudios de Post-grado en Psiquiatría tendrán aquí su centro de operaciones; funcionará además el nivel de pregrado con el confort y la organización más convenientes y se están estudiando las posibilidades de hacerla extensiva para el training de profesionales afines como Psicólogos Clínicos y Asistentas Sociales; otro aspecto no muy académico, pero no menos importante, será la divulgación de la higiene mental y la guía psicológica en las distintas áreas de la comunidad.

En cuanto a la función de investigación, apenas puede vislumbrarse, de inmediato estará orientada a experimentar con psicofármacos a introducirse en la clínica, así como al estudio de las plantas nativas con cualidades psicofarmacológicas. Se cuenta con un neurólogo especializado en los Estados Unidos abocado a la investigación del metabolismo cerebral y estamos interesados en el uso de la "milieu therapy" y las técnicas que ponen énfasis en motivar a los pacientes a través de un contacto más humano y más personal, lo que es, desde su inicio, una obra de investigación clínica.

Debemos anotar que esta unidad psiquiátrica, estará abierta en primer lugar para aquellos pacientes en quienes sea indicado un tratamiento ambulatorio con psicoterapia o drogas, o ambas a la vez, debido a trastornos emocionales, de personalidad o problemas situacionales no suficientemente severos como para requerir su hospitalización a tiempo completo y que, sin embargo, deben seguir un esquema estructurado de actividades como parte de su programa de tratamiento. Otro grupo de pacientes será formado por aquellos que están a punto de abandonar otros hospitales psiquiátricos y que puedan necesitar un período de readaptación basado en el estructura de tratamiento soportivo durante el día.

CESAR DELGADO HURTADO

REVISTA DE REVISTAS

THE PROBLEM OF INCREASING THE NUMBER OF PSYCHIATRIST

FUNKENSTEIN, DANIEL. The American Journal of Psychiatry 121: 9: 852, March, 1965.

El autor, partiendo de la amplia documentación reportada por la Joint Commision on Mental Illness and Healt y la Conference on Graduate Psychiatric Education, habida en Washington en 1962, acerca del insuficiente número de psiquiatras, así como su desigual distribución; presenta un amplio estudio acerca del escaso número de psiquiatras y el rol que los departamentos de psiquiatría de las escuelas de medicina y los centros de entrenamiento de residentes en psiquiatría puedan jugar en el incremento del número de psiquiatras y la promoción de los psiquiatras hacia las áreas en que su número queda corto; este trabajo ha sido hecho bajo los auspicios de la Comission on Mannpower de la American Psychiatric Association.

En primer término se refiere a la deficiencia nacional de personal profesional en todos los campos, considerando de este modo que lo que ocurre en la psiquiatría no es sino un fragmento del problema general; para lo cual analiza los siguientes aspectos:

a) Incremento del número de estudiantes capaces que van al College: Aunque el número de alumnos que ingresan se ha incrementado marcadamente, una gran porción de estudiantes capaces no asisten debido al inapropiado valor que se concede a la educación en algunas familias y comunidades, a las deficientes técnicas para trasmitir dichos valores, a ciertos grupos minoritarios que carecen de oportunidades, al mal uso de los test psicológicos y a los problemas psiquiátricos que interfieren con la actividad académica.

b) Incremento del número de graduados en el College: Aproximadamente el 50% de muchachos y el 70% de muchachas que entran al College fallan en la obtención del grado, debido a los valores inapropiados de la educación y al desarrollo de problemas psico-sociales que interfieren en su aprendizaje.

c) Incremento del número de estudiantes que siguen una carrera profesional: Sólo un pequeño número de graduados en el College siguen carreras profesionales, habiéndose visto cómo en algunos Colleges donde la mayoría de estudiantes no tienen interés en seguir una profesión este hecho influye en los que si quieren hacerlo, así como, el número de muchachas que siguen o desean seguir una profesión es bastante reducido.

d) Incremento del número de estudiantes de medicina: Es muy importante, en este aspecto, mantener o incrementar el número de aspirantes a médicos, para lo cual es ncesario construir más escuelas de medicina y reducir el porcentage de los que abandonan la carrera.

e) Incremento del número de médicos graduados que escojan la psiquiatría: Aproximadamente el 10% de los médicos graduados han elegido la psiquiatría en estos últimos años, pero esto varía ampliamente de una escuela a otra, en este sentido la Association of American Medical Colleges, ha encontrado en 28 escuelas de medicina estudiadas en 1960, una variación que va desde el 1.25 hasta el 22.5%; para comprender las causas de lo cual se ha emprendido el estudio de las mismas instituciones mediante el Medical School Enviroment Inventory que permite registrar los siguientes aspectos: 1) Reputación 2) Entusiasmo académico 3) Motivación extrinseca para la realización académica 4) Motivación intrinseca para la realización académica 5) Amplitud de intereses 6) Tipo de instrucción. Las otras pruebas no mostraron diferencias significativas habiéndose empleado principalmente el Edwards Personal Preference Schedule, el Allport-Vernon Lindzey Test of Values y el Medical College Admisión Tests que mide las aptitudes y las aspiraciones académicas. Finalmente se analizan los resultados obtenidos, las estructuras docentes de dichas escuelas y se discuten ampliamente los factores posibles del fenómeno investigado; concluyendo que el insuficiente número de psiquiatras en los Estados Unidos está en relación con el corto número de personal profesional, incapaz de cubrir las necesidades mínimas nacionales, que se serán mayores aún, con el rápido crecimiento de la población. Incrementar el número de psiquiatras significa dar los siguientes pasos previos: aumentar el número de estudiantes graduados en el College, aumentar el número de Médicos graduados y aumentar el número de graduados en medicina que elijan la carrera de la psiquiatría, remarcándose el hecho de que en 10 Estados cuyo número de psiquiatras per capita es muy bajo, 7 tienen escuelas de medicina cuyos departamentos de psiquiatría son débiles. El insuficiente número de psiquiatras nunca podrá, pues, ser resuelto si primero no se solucionan, adecuadamente, los parágrafos anotados.

RUBEN RIOS CARRASCO

AN EXPLANATION OF MENTAL SYMPTOMS FOUND IN ACUTE SENSORY DEPRIVATION: RESEARCHES 1958-1963

ZISKIND, E.: The American Journal of Psychiatry, 121: 939 (April) 1965.

El A. refiere sus experimentos en pacientes que debían ser vendados de ambos ojos luego de intervenciones quirúrgicas por cataratas y por desprendimiento de retina, contrastados con grupos de control. El estudio, estaba limitado a la restricción sensorial aguda; eliminación de la vista y disminución de estímulos sensoriales que iba de varias horas a algunos días. Se asumió que la deprivación sensorial crónica, ontogenética y en animales presentaba problemas básicamente diferentes y por lo tanto fueron excluída de la investigación. La investigación se desarrolló en tres períodos en los que: I) se concluyó que los síntomas mentales anormales ocurrían en períodos de alerta reducida en los que el paciente no era capaz de mantener un control conciente óptimo. Estos hallazgos, comprobados por otros autores, parecen ser condición necesaria aunque no suficiente, estipulándose que ni eran progresivos ni terminaban paralelamente con la finalización de la restricción sensoral. II) Se encontró que un aumento en la estimulación sensorial no eliminaba los síntomas de modo apreciable. La deprivación sensorial aguda es un complejo consistente en la deprivación per se, aislamiento, inmovilización y confinamiento. Se superó el problema planteado por el alto número de variables mediante el estudio de los efectos de la incrementación de estímulos sensoriales en los pacientes. Si la restricción sensorial era responsable de los síntomas un aumento de estimulación podría modificarlos o abolirlos. Se utilizó en tal sentido programas de radio, asociación con pacientes ambulatorios y presencia continua de visitas de familiares. Los pacientes de la sala de varones y de mujeres sirvieron alternativamente como sujetos de experimentación y como controles. Inclusive se utilizó a los investigadores como estimuladores. Bajo tales condiciones fue posible aislar una constelación sintomática constante: las llamadas alucinaciones (en realidad pseudoalucinaciones), incumplimiento de la conducta prevista, conjuntamente con aumento de somnolencia, confusión, cansancio y ansiedad. Los estímulos externos y/o las urgencias externas precipitaban los síntomas en períodos de alerta reducida. A menudo los sujetos durante el tiempo de comportamiento inadecuado no sabían si estaban en vigilia o dormidos III) Una vez demostrado que un aumento de la estimulación no afectaba materialmente la ocurrencia de síntomas mentales y que estos variaban de acuerdo a los grados de vigilia, se experimentó con diferentes técnicas de comunicación con los sujetos. Para asegurar una medición precisa de la relación entre el método experimental y los fenómenos observados fué abandonada la compleja situación hospitalaria por condiciones más simples y controlables: a) el vendaje de ojos durante 10 minutos a sujetos normales y b) el despertar matinal de los sujetos. En ambos casos se registró la imaginería visual. Las instrucciones se impartieron en un orden decreciente de orientación y estructuración. Las instrucciones más específicas eran acompañadas de un 95% de respuestas de ima-

ginería visual y la menos específica en 25%. En esta primera prueba (vendas) los sujetos pese a las discretas variaciones de la alerta se percataban de la relación de la imaginería con los estímulos idioretinianos o sus elaboraciones centrales. En la segunda prueba (cuestionarios sobre imaginería visual del despertar), se encontró fragmentos (simples o fusionados) de una o varias clases de imaginería normal: sueños, "reveries", alucinaciones hipnopómpicas, etc., más comunes en el despertar gradual que en el brusco. El porcentaje de sueños referido varió de 100% a 25% en relación al grado de estructuración del cuestionario. La explicación más plausible sería la influencia de la naturaleza de las instrucciones. Muchos investigadores refieren imaginería normal (sueños, fantasías, etc.) además de las alucinaciones e ilusiones. No se intenta decir que tal imaginería normal explica las manifestaciones perceptuales inusuales propias de la experiencia de la deprivación sensorial, aún cuando pueda tratarse de distorsiones de ellas debidas a la reducción de la alerta y aumentadas y relevadas por las condiciones experimentales.

Cinco años de investigación demuestran, según el A., que los síntomas mentales previamente atribuídos a la deprivación sensorial per se, eran: I) aberraciones propias del tránsito vigilia-sueño y viceversa. II) que aumentaban y se prolongaban por la deprivación sensorial y III) que eran magnificadas y sobrestimadas por las direcciones experimentales y por el contexto de determinadas situaciones.

El trabajo es seguido de una discusión por el Prof. Jay T. Shurley, otro investigador de la deprivación sensorial

MAX HERNANDEZ C.

TRATAMIENTOS DE LOS DELIRIOS CRONICOS SISTEMATIZADOS CON CLOROPROMACINA

BRINGAS NUÑEZ, E.: Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina, 11: 50 (Marzo) 1965.

El A. comunica su experiencia en cinco casos de delirios crónicos sistematizados tratados con cloropromacina. Los primeros síntomas de impregnación con cloropromacina configuran el sindrome neuroléptico: indiferencia emocional y "neutralidad" afectiva, hipomimia, bradipsiquia, hiporeactividad ante los estímulos sensoriales y un mayor poder de autocontrol. El A. considera con Claude Conté que tal sindrome constituye "el fondo sobre el cual se operan las diferentes modificaciones psicóticas". En una segunda fase, suele observarse la atenuación o desaparición de la reactividad del paciente ante sus experiencias delirantes. La indiferencia por el contenido de sus producciones delirantes contrasta con un

despertar del interés por sus problemas reales y por el acontecer en el medio circundante, como si se hubiera interpuesto una distancia entre el yo y la irrealidad vivenciada como realidad y se hubiese producido un acercamiento a la realidad auténtica. El A. comparte las opiniones de Delay, Conté y Ey, epígonos de Moreau de Tours, en el sentido de que lo esencial del delirio no sería el delirio mismo sino el fondo delirante. Se establece entonces una reorganización de los contenidos afectivos del paciente a través de un proceso de "desvalorización referencial". En la medida que el proceso terapéutico cala más hondo en la estructura psíquica se produce un aniquilamiento del presente delirante, el delirio pierde sentido de actualidad. El derrumbe de la construcción delirante ocurre cuando el "proceso terapéutico" llega a la última fase, en cuyo caso desaparecen los recuerdos delirantes y aparece un auténtico recuerdo del delirio, el que reviste ante la conciencia del enfermo carácter de irrealidad y es vivenciado como expresión de anormalidad. Los casos referidos son cuatro delirios sistematizados celotípicos y un caso de delirio sistematizado persecutorio. El A. considera el importante papel desempeñado por la psicoterapia al realizar modificaciones de fondo en la motivación, sentido y significación de los síntomas psicóticos.

MAX HERNANDEZ C.

THE DINAMICS OF PSYCHOTHERAPY IN THE LIGHT OF LEARNING THEORY

ALEXANDER, F.: The International Journal of Psychiatry, 1: 189 (April) 1965.

Alexander propone una definición operacional del psicoanálisis que capta lo esencial de la dinámica de la psicoterapia: 1) se hace conciente el material inconciente, 2) se interpreta el material emergente y las experiencias emocionales del paciente, 3) se trabajan las resistencias y 4) se maneja la transferencia. Luego, señala los puntos más controvertidos de la terapia psicoanalítica: énfasis en la interpretación de la resistencia (Reich, Kaiser) o del contenido reprimido (Fenichel); "insight" vs. experiencia emocional correctiva; análisis ortodoxo y clásico vs. psicoterapia breve, análisis fraccionado, etc.; énfasis en la vida presente o en la infancia del paciente y señala algunas modificaciones importantes hechas a la técnica clásica, señaladamente las suyas propias, las de Sandor Rado y las de Frieda Fromm-Reichmann.

A la luz de los principios básicos señalados en la definición operacional propuesta y en vista de las controversias existentes, Alexander dirigió una investigación en la que un grupo de psicoanalistas observó la interacción terapeuta-paciente en el tratamiento de varios casos. Aún cuando el análisis de los datos no ha sido terminado, el A. señala una principal conclusión: las descripciones tra-

dicionales del proceso terapéutico no reflejan adecuadamente la inmensamente compleja interacción terapeuta-paciente. Las reacciones del paciente sobrepasan los límites de la transferencia tanto como las reacciones del médico al paciente sobrepasan los de la contratransferencia.

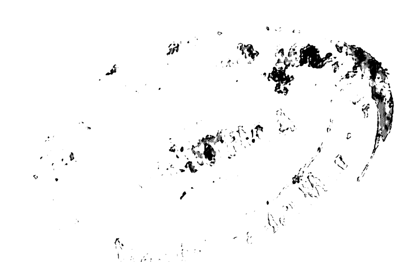
Alexander considera que el estudio de su material transaccional puede ser comprendido en los términos de la teoría del aprendizaje, entendiendo que existen tipos de aprendizaje como los propuestos por las teorías conexionistas (Thorndiko, Pavlov) o las de la Gestalt Aceptando que el pensar sea un sustituto del actuar, encontramos en el proceso analítico: recompensa y castigo, influencias repetitivas y un caudal motivacional utilizados con un propósito de cambio, cambio resultante de las experiencias ocurridas en el análisis. La teoría del aprendizaje resulta pues una estructura satisfactoria para la evaluación de datos de observación y para hacer generalizaciones válidas en psicoterapia. Es pues, una integración prometedora de la teoría psicoanalítica con la teoría del aprendizaje. "Esto puede conducir a adelantos inpredictibles en la teoría y la práctica de las psicoterapias".

MAX HERNANDEZ C.

ACTITUD Y OPINION DEL MEDICO FRENTE A LA ENFERMEDAD MENTAL

ROSNATI, E., WALTER DIAZ, E., GRAMIGNA, R., LIFFCHITZ, L., MIARI, L., y SALAMA, M. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 11: 64-71, Marzo 1965.

Este trabajo fué realizado por un grupo de médicos del Hospital de San Andrés (dos clínicos, dos otorrinos, un oculista y dos en formación psiquiátrica, bajo la dirección de un coordinador) que se propusieron, en estrecha colaboración con su Departamento de Psiquiatría; conocer los sentimientos de los profesionales médicos no psiquiatras frente al problema de la enfermedad mental, para lo cual, luego de realizar una encuesta piloto, se plantearon las siguientes interrogantes: a) el médico general o especializado enfrenta problemas psiquiátricos?, b) con qué frecuencia?, c) Hay diferencia entre el trabajo particular y el hospitalario, d) Qué conceptos nosológicos tiene?, e) Cuál es su experiencia sobre la terapia de estas enfermedades?, f) Qué nociones etiopatogénicas tiene?, g) Qué relación emocional tiene con los pacientes con trastornos psíquicos?, h) Cuál es la relación emocional y profesional con el psiquiatra?, i) Qué prejuicios tiene frente al problema?, j) Qué relación tienen estos con las enfermedades mentales que el colega tiene dentro de su propio grupo familiar?. Con tal fín se elaboró cuidadosamente un cuestionario de 30 preguntas cerradas y una abierta, evitando



usar los términos especializados y prefiriendo los más asequibles a cualquier profesional, ordenándolos de acuerdo al contexto general, encasillando las entidades por la intensidad de la sintomatología y no por el diagnóstico exacto y tratando de evitar lo tendencioso y sugerente, se entrevistaron 100 colegas (45 clínicos, 29 cirujanos, 17 ginecólogos, urólogos y obstetras, 14 pediatras y 4 otorrinos y oculistas) de diferentes centros de trabajo de la zona norte de Buenos Aires que cubren la asistencia de los diferentes estratos socio-económicos. Para la evaluación de los resultados se emplearon computadoras electrónicas, obteniéndose 1500 datos diferentes y estructurándose un representante imaginario del médico promedio (Abstractus).

Los resultados indican que el médico general o especializado enfrenta problemas psiquiátricos en un 94.5%, más del 29% con una frecuencia superior al 20%, no evidenciándose diferencias notables entre los que trabajan particularmente o en hospitales, aunque parecen más fácilmente detectables en el consultorio privado donde hay una mejor relación interpersonal. Se considera que las causas más frecuentes de los disturbios mentales son los conflictos familiares 22. 9%, siendo seguidos por los económicos, sexuales, emociones traumáticas de la infancia y los problemas sociales, dándole menor importancia a las causas orgánicas, hereditarias e infecciosas (12.1%). Se estima la máxima incidencia entre los 31 y 50 años, y que las mujeres son más proclives, lo mismo que las personas de mediano coeficiente intelectual (51.2%) y los de la clase media (73.6%). Los términos psiquiátricos confunden al galeno, que observa con mayor frecuencia las neurosis (59.1%) y apenas enfrenta las psicosis (2.1%), el tercio de estos pacientes le molesta e incomoda, al resto atiende con agrado, mientras que, en su relación extraprofesional, no los acepta en gran medida. Deriva al psiquiatra las psicosis rápidamente, pero atiende de manera empírica gran parte de las neurosis. Tiene escasos conocimientos psiquiátricos (79.6%) pero emplea psicoterapia, hipnosis, psicodrogas, etc., (65.9%), para el uso de estas últimas (95%) se informa por medio de revistas médicas (25.1%), propaganda y literatura médica (23.9%) y por libros, cursos y conferencias (21.6%).

Los autores, finalmente, concluyen que es necesario facilitar los conocimientos sobre psicología dinámica al médico general, para que pueda realizar una psicoterapia breve y superficial con claro conocimiento de sus limitaciones, y así poder colaborar sin perjuicios con el psiquiatra y evitar la yatrogenia; se sugieren cursos, grupos de estudio, conferencias, etc. con tal objeto, desde que el aprendizaje psiquiátrico universitario actual no le capacita un afronte adecuado de estos problemas y la principal fuente de información respecto al tratamiento y actualización de las enfermedades mentales es la propaganda médica que carece del asesoramiento y la reglamentación recomendables Sin embargo, se subraya que la creación de servicios o consultorios de psiquiatría en todos los centros asistenciales será una de las formas más efectivas de capacitación, acercamiento y colaboración entre el médico general y el psiquiatra, a la vez que fuente de información y consulta permanentes.

RUBEN RIOS CARRASCO

NOTAS DE ACTUALIDAD

NUEVO COMITE DIRECTIVO

El 27 de febrero se llevaron a cabo las elecciones de delegados al Comité Directivo del Departamento, resultando reelegidos los Drs. José Alva Quiñones, como representante de los Profesores Auxiliares y Rubén Ríos Carrasco, de los Jefes Instructores. Una semana más tarde se instaló el nuevo Comité, cuya conformación es la siguiente:

Presidente: Dr. Carlos Alberto Seguín, Profesor Principal.

Miembros natos: Drs. Max Arnillas Arana, Oscar Valdivia Ponce, Renato Castro de la Mata y Sergio Zapata Agurto, Profesores Asociados.

Miembros Delegados: Drs. José Alva Quiñones, de los Profesores Auxiliares y Rubén Ríos Carrasco, de los Jefes Instructores y el Sr. Jorge Berenguel Márgary del Centro de Estudiantes de Medicina.

Miembros Informantes: Drs. Max Silva Tuesta, Coordinador General y Francisco Vásquez Palomino, Coordinador de los Grupos de Trabajo.

PARTICIPACION EN EL CICLO PARA GRADUADOS

En el ciclo vacacional de Cursillos para Graduados, que la Facultad de Medicina prepara, el Dr. Raúl Jerí fué nombrado Moderador en el Simposium que acerca de las Lesiones Neurológicas en el Anciano tuviera lugar el 16 de Marzo en el Hospital "Dos de Mayo", en el cual participaron los Drs. Jacobo Silverman, Luis Aspauza, Pablo Anglas y Alejandro Arellano tanto en la presentación de casos clínicos como en un conversatorio clínico patológico y en la mesa redonda que tuvo como tema: Las Encelopatías Comunes en el Anciano. Al día siguiente, en el Instituto de Bioquímica, el Dr. Renato Castro de la Mata hizo de Moderador del Simposium promovido acerca de las Afecciones Psiquiátricas de la Edad Avanzada, en el que tomaron parte los Drs. Carlos Alberto Seguín, que se ocupó del tema Psiquiatría y Geriatría, Renato Castro de la Mata: La Posición del Anciano en la Familia, José Alva: Psicología y Psicopatología de la Ancianidad y Andrés Cáceres: Características de los Cuadros Clínicos Psiquiátricos en la Ancianidad.

REORGANIZACION DE UN PABELLON DE DOCENCIA

Tal como informamos en un documento aparte, se da emprendido la reorganización del Pabellón 8 del Hospital Víctor Larco Herrera, a cargo de los Drs. César Delgado Hurtado y Hugo Díaz Vásquez, en el afán de darle el dinamismo y la tónica que la moderna enseñanza de las Ciencias Psicológicas exigen; habiéndose logrado poner en funcionamiento un Consultorio Externo y preparándose la apertura de un Hospital Diurno anexo, de acuerdo con las más recientes innovaciones asistenciales. De este modo se desarrollarán en mejores condiciones las prácticas correspondientes a los cursos de Psicopatología, Semiología Psiquiátrica y Clínica Psiquiátrica, así como los de la Escuela de Graduados.

SUPERACION DEL PERSONAL

Los Drs. Rubén Ríos Carrasco y Juan Manuel Robles, miembros de nuestro Departamento, han concluído exitosamente el primer ciclo de los cursos vacacionales de Pedagogía Universitaria preparados por la Facultad de Educación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

CLAUSURA EN LA ANEM

Con ocasión de la finalización de las actividades docentes, la Asociación Neuropsiquiátrica de Estudiantes de Medicina preparó una jornada científica que fué ofrecida por su Presidente Sr. Raúl Morales Soto y a la que fueron especialmente invitados los Drs.: Carlos Alberto Seguín, que dio una conferencia titulada: "Enfermedad y Humanidad" y Raúl Jerí, que presentó el trabajo: "Cáncer Broncogénico" (Observación clínico-patológica de 383 casos).

REESTRUCTURACION DE LAS COMISIONES

Instalado el nuevo Comité y de acuerdo con nuestro Reglamento Interno, se ha procedido a la designación, luego de las consultas pertinentes, de las diferentes Comisiones que han quedado conformadas como informamos en lugar aparte.

LABOR DE SUPERVISION Y ENSEÑANZA

El Dr. Max Silva, luego de dictar un curso acerca de la Dinámica de Grupo y en calidad de Supervisor del programa de Cooperación Popular Universitaria, viajó al Departamento de Puno durante los meses de Febrero y Marzo, habiéndose, en su ausencia, encargado de la Coordinación del Departamento el Dr. Rubén Ríos Carrasco.

AGRADECIMIENTO

La Dirección de esta Revista expresa su gratitud a las diferentes Instituciones, Publicaciones y Personalidades que nos han hecho llegar sus palabras de elogio que alientan nuestra obra.

ACTAS DEL III CONGRESO

En breve saldrán a la luz las Actas del Tercer Congreso Latino Americano de Psiquiatría que están siendo editadas por los Drs. Carlos Alberto Seguín y Rubén Ríos Carrasco. Los interesados, que no hayan participado en dicho evento, pueden dirigirse al apartado Nº 529, Lima, Perú; el precio de cada volumen es de S/. 150 para el país y US$ 8 para el extranjero.

FE DE ERRATAS

1.—Pág. 211, lín. penúltima y última. Dice: "Psicólogo. Profesor Contratado. Facultad de Letras. Universidad Católica. Sección de Psicología". Debe decir: "Egresado de la Sección de Psicología de la Universidad Católica. Instructor en esa Sección. Profesor Contratado en la Universidad del Pacífico".

2. Pág. 220, lín. 11. Dice: "...por métodos clínicos a través de cuestionarios,...". Debe decir: "...por métodos clínicos o a través de cuestionarios...".

3. Pág. 220, lín. 14. Dice: "como por investigadores...". Debe decir. "como por otros investigadores...".

4. Pág. 223, lín. 24. Dice: "xxx = p .5" Debe decir: "xxxx = p .05".

5. Pág. 225, lín, 9. Dice: "...se entereotipa..." Debe decir: "...se estereotipa...".

6. Pág. 230, lín. 31. Dice: "...del ego en menos grado de tensión...". Debe decir: "...del ego en menor grado de tensión".

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

a) *La Revista de Ciencias Psicológicas y Neurológicas, órgano del Departamento de Ciencias Psicológicas y de la Asignatura de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, es una publicación universitaria trimestral.*

b) *Todo comunicación deberá ser remitida al Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina, Av, Grau s/n. Lima, Perú, ó a la Asignatura de Neurología, Sala San Luis, Hospital 2 de Mayo.*

c) *Se admitirán artículos inéditos que a juicio del Comité de Redacción, merezcan ser publicados y que deberán reunir las siguientes condiciones:*

1. *Los originales deberán ser escritos a máquina, a doble espacio y por un solo lado, en papel tipo carta.*
2. *Su extensión no deberá exceder 40 páginas.*
3. *Su redacción y bibliografía deberán ajustarse a las normas internacionalmente establecidas y en lo posible al esquema siguiente: Introducción, Historia, Material y Método, Resultados, Discusión, Conclusiones, Resumen y Bibliografía.*
4. *Las ilustraciones deben ser numeradas y remitidas en hojas separadas indicando las leyendas y el lugar donde deben consignarse.*
5. *Deberán terminar con un breve resumen en español e inglés.*

d) *Los autores que deseen separatas deberán indicarlo así; los gastos de impresión correrán por su cuenta.*

e) *Ningún original será devuelto, sea publicado o no.*

f) *La revista no se hace responsable por las opiniones vertidas por los autores.*

SUSCRIPCIONES

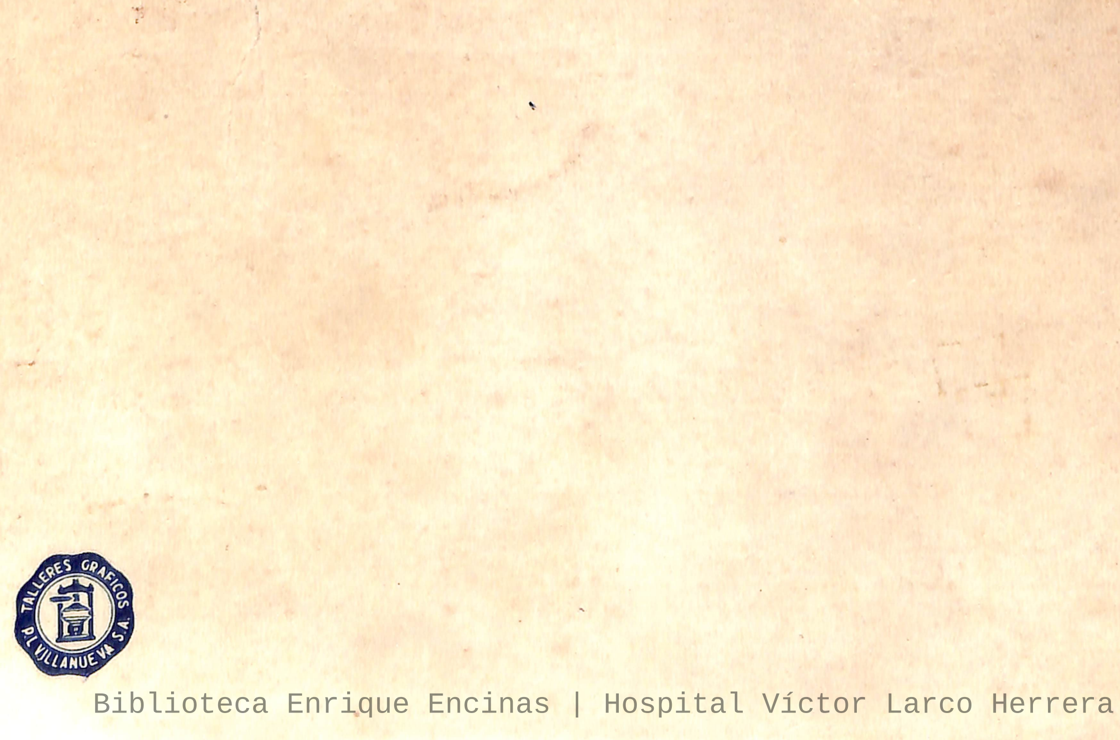
Número suelto: en el Perú S/. 30.00 en el extranjero $ 1.50

Suscripciones anual: en el Perú S/. 120.00 en el extranjero $ 6.00

Dirigirse al Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M. Av. Grau s/n. Ap. Nº 529 — Lima - Perú.

COMISIONES DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

DOCENCIA PRE-GRADO	Encargado	: *Dr. Max Silva*
	Colaboradores	: *Dr. Francisco Vásquez*
		Dr. José Alva
		Dr. Enrique Ghersi
DOCENCIA PARA GRADUADOS	Encargado	: *Dr. Oscar Valdivia*
	Colaboradores	: *Dr. César Delgado*
		Dr. Renato Castro
		Dr. Sergio Zapata
		Dr. Rubén Ríos
TRABAJOS CIENTIFICOS E INVESTIGACION	Encargado	: *Dr. Sergio Zapata*
	Colaboradores	: *Dra. Elia Izaguirre*
		Dr. Oscar Valdivia
		Dr. Rubén Ríos
ACTIVIDADES CIENTIFICAS CONGRESOS, CONFERENCIAS, etc. .	Encargado	: *Dr. Francisco Vásquez*
	Colaboradores	: *Dra. Elia Izaguirre*
		Dr. José Alva
		Dr. Carlos Gutiérrez
		Dr. Hugo Díaz
MATERIAL DE ENSEÑANZA	Encargado	: *Dr. José Alva*
	Colaboradores	: *Dr. Hugo Díaz*
		Dr. Enrique Ghersi
		Dr. Felipe Iannacone
		Dr. Max Silva
PUBLICACIONES Y BIBLIOTECA ..	Encargado	: *Dr. Rubén Ríos*
	Colaboradores	: *Dr. Carlos Gutiérrez*
		Dr. Max Silva
		Dr. Hugo Díaz
VIAJES Y BECAS	Encargado	: *Dr. Renato Castro*
	Colaboradores	: *Dr. Oscar Valdivia*
		Dr. César Delgado
		Dra. Antonia Sánchez
RELACIONES PUBLICAS	Encargado	: *Dr. Max Arnillas*
	Colaboradores	: *Dr. Ethel Bazán*
		Dr. Rubén Ríos
GRUPOS DE TRABAJO	Encargado	: *Dr. Humberto Napurí*
	Colaboradores	: *Dra. Elia Izaguirre*
		Dr. Francisco Vásquez
		Dr. José Alva
		Dr. Juan A. Robles


TALLERES GRAFICOS
P.L. VILLANUEVA S.A.